Edizioni del Rosone

Claudio Doliana

Il linguaggio diagnostico

Saggi di pedagogia della comunicazione

Prefazione a cura di Dimitris Argiropoulos
Introduzione a cura di Luca Pandolfi

Estensioni 5

Estensioni 5

di

Pedagogie attive

Collana diretta da
Dimitris Argiropoulos e Fabio Bocci

Claudio Doliana

Il linguaggio diagnostico

Saggi di pedagogia della comunicazione

Edizioni del Rosone

Premessa

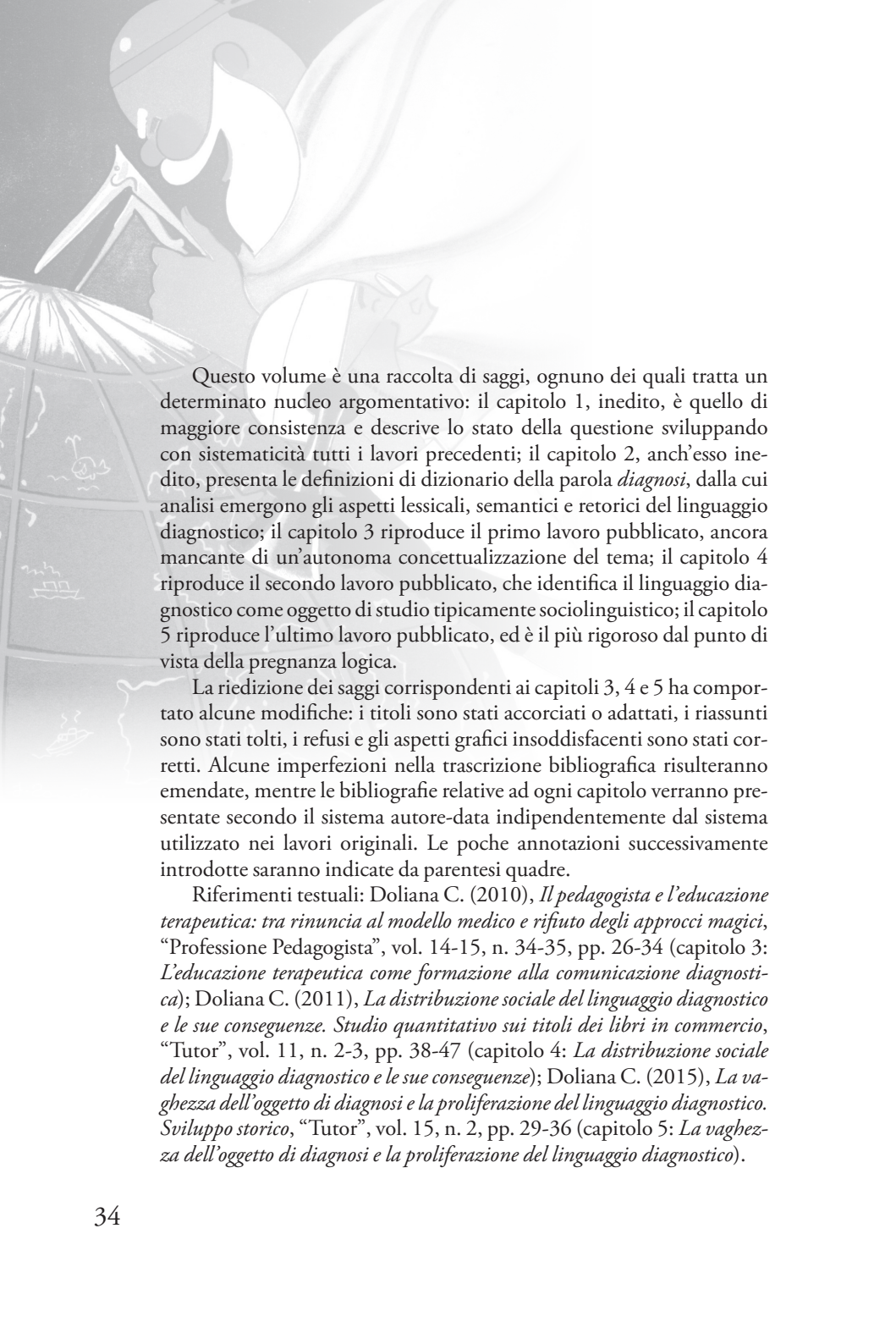
Il progetto di dissertazione dottorale che avevo presentato alcuni anni fa all'Università Pontificia Salesiana di Roma metteva troppa carne al fuoco, e giustamente venne respinto. Ma fu in quel medesimo contesto accademico che il prof. Luca Pandolfi mi incoraggiò a pubblicare, a misurarmi direttamente col mondo dell'editoria scientifica. Nacquero così cinque saggi in tema di linguaggio diagnostico, tre dei quali già pubblicati, qui raccolti in un unico volume: il loro orizzonte oscilla tra aspetti linguistici, sociali e ontologici, tra critica del linguaggio e accostamento alla realtà. Il presupposto tacito da cui partiva la mia indagine era il seguente: conoscere un fenomeno linguistico serve a capire qualcosa del mondo.

La lettura di queste ricerche non richiede alcuna conoscenza specialistica, ma chi conosce un po' le discipline del linguaggio sarà certamente facilitato. Le prossime righe serviranno quindi a ricordare poche nozioni fondamentali, spesso trascurate nella formazione accademica, le stesse che hanno costituito lo sfondo dei lavori qui presentati.

Con Saussure la linguistica – ovvero, più estesamente, la semiologia – delimita il proprio oggetto: il segno. Un segno è un significante associato a un significato, una *parola* (o altra struttura significante) associata a un 'concetto'. Ad esempio, le parole *albero*, *árbol*, *arbre*, *Baum*, *tree*, eccetera, rimandano tutte al concetto di 'albero'. Che poi gli alberi esistano nella realtà oppure soltanto nella fantasia (come le sirene), che io ne veda uno dalla finestra piuttosto che uno dipinto su un quadro, che sia veramente un albero e non un pezzo di scenografia fatto di cartapesta, e via dicendo, sono problemi che non dovrebbero riguardare uno studioso se-

rio. Ciò che conta sono le relazioni tra le parole e i pensieri. Da questo approccio consegue che qualsiasi indagine sulla realtà esterna, al di fuori della dimensione linguistica, non è ammessa.

Con Putnam, in filosofia del linguaggio, ricomincia ad essere preso in considerazione il cosiddetto "esternismo", che è collegato alla teoria semantica del "riferimento diretto": le parole hanno un rapporto immediato con la realtà, senza mediazioni concettuali. Tanto per citare un esempio classico, *Cervino* (sul versante di lingua italiana) oppure *Matterhorn* (sul versante di lingua tedesca) sono nomi che si riferiscono entrambi a una certa montagna, che quella è, indipendentemente da qualsiasi conoscenza che io possa avere su di essa. Il mondo, fatto di oggetti ed eventi, grazie a questa teoria torna in primo piano, e la verità consiste nella corrispondenza delle parole alle cose. Questo punto di vista pone un problema non da poco: cogliere la realtà in se stessa, per poi descriverla adeguatamente, implicherebbe possedere l'occhio di Dio.

Lo studio dei rapporti tra parole, pensieri e cose, già prospettato da Ogden e Richards, non è oggi di moda, perché chi si avventura in questo territorio rischia di essere bollato come ingenuo, mistico o visionario. Le scelte in campo intellettuale sono però condizionate da aspetti biografici, che vanno allora considerati non tanto per legittimare o squalificare un lavoro (di qualunque prodotto della ricerca quel che importa è il *testo*), ma per spiegarne la genesi.

Di origini trentine, da giornalista ebbi ad occuparmi del disastro industriale di Tésero-val di Stava, uno dei più tragici della seconda metà del Novecento. Ebbene, ciò che era accaduto, per lungo tempo non ebbe un nome: la gente lo chiamava semplicemente "il fatto", un evento senza definizione. Per esperienza diretta, quell'evento eccedeva qualsiasi parola. Tuttavia, visto che tutti noi viviamo in una comunità umana, che è comunicazione, era necessario trovare le

parole che fossero adeguate a ciò che era accaduto. In un contesto straniante, avevo visto con chiarezza che la realtà esiste indipendentemente dalle parole per dirla o per non dirla. Non era una scoperta originale: più tardi mi sarei reso conto che di questo tema, ontologico o metafisico che dir si voglia, se ne erano occupati moltissimi autori, in campo scientifico e letterario.

Parecchi anni dopo, in quanto cultore di Pedagogia della Comunicazione, iniziai ad esplorare un mondo totalmente diverso e incredibilmente affascinante: quello delle parole che costruiscono realtà. Cominciò così l'archeologia del linguaggio diagnostico.

L'Autore

Questo volume è una raccolta di saggi, ognuno dei quali tratta un determinato nucleo argomentativo: il capitolo 1, inedito, è quello di maggiore consistenza e descrive lo stato della questione sviluppando con sistematicità tutti i lavori precedenti; il capitolo 2, anch'esso inedito, presenta le definizioni di dizionario della parola *diagnosi*, dalla cui analisi emergono gli aspetti lessicali, semantici e retorici del linguaggio diagnostico; il capitolo 3 riproduce il primo lavoro pubblicato, ancora mancante di un'autonoma concettualizzazione del tema; il capitolo 4 riproduce il secondo lavoro pubblicato, che identifica il linguaggio diagnostico come oggetto di studio tipicamente sociolinguistico; il capitolo 5 riproduce l'ultimo lavoro pubblicato, ed è il più rigoroso dal punto di vista della pregnanza logica.

La riedizione dei saggi corrispondenti ai capitoli 3, 4 e 5 ha comportato alcune modifiche: i titoli sono stati accorciati o adattati, i riassunti sono stati tolti, i refusi e gli aspetti grafici insoddisfacenti sono stati corretti. Alcune imperfezioni nella trascrizione bibliografica risulteranno emendate, mentre le bibliografie relative ad ogni capitolo verranno presentate secondo il sistema autore-data indipendentemente dal sistema utilizzato nei lavori originali. Le poche annotazioni successivamente introdotte saranno indicate da parentesi quadre.

Riferimenti testuali: Doliana C. (2010), *Il pedagogista e l'educazione terapeutica: tra rinuncia al modello medico e rifiuto degli approcci magici*, "Professione Pedagogista", vol. 14-15, n. 34-35, pp. 26-34 (capitolo 3: *L'educazione terapeutica come formazione alla comunicazione diagnostica*); Doliana C. (2011), *La distribuzione sociale del linguaggio diagnostico e le sue conseguenze. Studio quantitativo sui titoli dei libri in commercio*, "Tutor", vol. 11, n. 2-3, pp. 38-47 (capitolo 4: *La distribuzione sociale del linguaggio diagnostico e le sue conseguenze*); Doliana C. (2015), *La vaghezza dell'oggetto di diagnosi e la proliferazione del linguaggio diagnostico. Sviluppo storico*, "Tutor", vol. 15, n. 2, pp. 29-36 (capitolo 5: *La vaghezza dell'oggetto di diagnosi e la proliferazione del linguaggio diagnostico*).

1

Introduzione alla teoria del linguaggio diagnostico

Prologo

Esiste un nuovo fenomeno linguistico di interesse pedagogico: il *linguaggio diagnostico*. In Pedagogia della Comunicazione, lo sviluppo di una riflessione sulla diagnosi in quanto sistema lessicale di rilevanza multisettoriale ha consentito la chiarificazione di presupposti taciti largamente diffusi, e la messa a punto di un'argomentazione utile anche per orientarsi nell'attuale sistema formativo professionale, troppo spesso ridondante e confusivo. La diagnosi, quando viene indagata dal punto di vista lessicometrico e sociolinguistico, risulta interessare un pubblico molto esteso; è un tema che non riguarda soltanto il contenuto di determinati percorsi di studio, e il lettore potrebbe anche limitarsi a soddisfare un bisogno ludico: essere ammesso a sbirciare, con sfrontata leggerezza, sotto le apparenze di questa austera parola.

La passione per un siffatto argomento, che per automatismo mentale viene associato al lato brutto della vita, va spiegata almeno un po'. Chi scrive è approdato alla ricerca in età matura, dopo essere transitato attraverso i mestieri più diversi: in fabbrica, in ospedale, nei giornali e nelle scuole. La varietà delle esperienze professionali e un'innata curiosità attorno alla comunicazione umana, hanno costituito la premessa per cogliere e isolare questo strano tema, finora scarsamente studiato, che rimanda ai più diversi aspetti di-

sciplinari, anche a quelli più insospettati. Perciò, una dissertazione dottorale si rivelò ben presto impossibile.

Ma si poteva fare altro: una ricerca cartesianamente costruita per piccoli passi, che si concretizzasse in alcune pubblicazioni su riviste scientifiche. All'inizio delle ricerche il nome dell'oggetto di studio non era per niente ovvio. Il *linguaggio diagnostico*, la cosa di cui ci stiamo occupando, ha faticato ad emergere con chiarezza concettuale, e soltanto nell'articolo pubblicato più di recente (Doliana, 2015) ne è uscito un quadro ben disegnato, sistematico, definitivo.

Il primo lavoro venne pubblicato nella rivista dell'ANPE – Associazione Nazionale dei Pedagogisti Italiani (Doliana, 2010) ed era in origine finalizzato ad una definizione di "educazione terapeutica" in quanto ambito rigorosamente pedagogico. Si trattava di un discorso programmatico attorno alla figura del pedagogista in contesti socio-sanitari, in cui venivano rilevate alcune criticità: il mito del prestigio professionale, le esorbitanti autoattribuzioni di ruolo, le ingenuità in tema di diagnosi. L'autore di riferimento era Crookshank (1923), il primo ad aver affermato un esplicito legame tra medicina e linguistica, il quale scoprì una grave e diffusa insidia nella comunicazione col pubblico e tra professionisti: la personificazione dei costrutti clinici.

Il secondo lavoro era stato pubblicato nella rivista della SIPeM – Società Italiana di Pedagogia Medica (Doliana, 2011) ed aveva permesso di definire il linguaggio diagnostico secondo una prospettiva multisettoriale, giustificando una ricerca ad approccio sociolinguistico. Da pochi anni si era cominciato a parlare apertamente di una "crisi della diagnosi" in ambito medico (Cagli, 2007; Antiseri e Cagli, 2008), un tema che incoraggiò gli studi in corso a orientarsi su binari del tutto diversi da quelli della tradizionale critica della medicina. Accertato che la diagnosi costituisce un linguaggio socialmente distribuito coinvolgente vari ambiti disciplinari (Agraria-Veterinaria, Conservazione dei Beni Culturali, Economia,

Ingegneria, Medicina, Scienze dell'Educazione), emerse il problema semantico, per la cui soluzione era necessaria una nuova concettualizzazione del referente diagnostico: non più "malattia" ma *oggetto di diagnosi* – un costrutto privo di connotazioni patologiche, utilizzabile nei più diversi contesti di formazione alla comunicazione professionale. Più in generale, venne posto in luce un obiettivo didattico di base: saper porre differenza tra parole, pensieri e cose, e saper riflettere sulle loro relazioni (Ogden e Richards, 1923).

Nello studio più recente, pubblicato nuovamente nella rivista della SIPeM (Doliana, 2015), veniva compendiato il lavoro finora svolto. Esso stabiliva alcuni punti fermi: *a*) la teoria del linguaggio diagnostico si occupa della diagnosi in quanto fenomeno linguistico e non in quanto tecnica investigativa; *b*) il linguaggio diagnostico è uno stile comunicativo di prestigio che applica i concetti dell'indagine sofisticata ai più diversi settori; *c*) il linguaggio diagnostico viene distinto dal linguaggio medico secondo criteri ben definiti; *d*) per ciò che riguarda l'aspetto semantico, l'indagine storica giustifica una distinzione tra diagnosi in quanto formulazione linguistica e oggetto di diagnosi in quanto evento; *e*) filosoficamente il linguaggio diagnostico indica l'affermazione del realismo concettuale e del nominalismo radicale quali epistemologie dominanti rispetto al materialismo naturalistico; *f*) il linguaggio diagnostico contemporaneo è fisicamente rappresentato dall'insieme dei manuali di classificazione, i quali costituiscono un genere letterario in ascesa analizzabile coi metodi dell'analisi lessicale.

La prima pubblicazione trovava origine da un'esperienza sul campo durata vent'anni, nel corso della quale emerse un fenomeno misconosciuto, ma di notevole rilevanza pedagogica: la relazione stretta tra scelte linguistiche individuali e disagio lavorativo. L'universo simbolico clinico, durante quell'esperienza, venne visto in tutta la sua coercitività, poiché chiunque volesse sottrarsi alle pratiche comunicative di

supponenza veniva immediatamente sanzionato con l'ostracismo. Da questa evidenza derivò la motivazione per una ricerca in Pedagogia della Comunicazione che fosse rilevante per il mondo delle professioni. Il secondo studio, tra i possibili sviluppi del precedente, scelse dunque il linguaggio diagnostico quale tema autonomo, evidenziandone la caratteristica di stile comunicativo di elevato prestigio, trasversale al linguaggio tecnico-scientifico. Contrariamente all'opinione comune, l'universo simbolico clinico non corrisponde affatto all'ambito medico, e questo aspetto venne dimostrato mediante la quantificazione della produzione editoriale italiana in tema di diagnosi in rapporto a varie aree disciplinari. C'era allora da chiedersi cosa significasse il parlare in termini diagnostici, visto che la malattia non era più l'unico oggetto di diagnosi possibile.

L'ultimo lavoro fornì un inquadramento teorico adeguato, che portò alla luce tre atteggiamenti epistemologici: *1*) materialismo naturalistico – una diagnosi è una formulazione linguistica convenzionale e provvisoria che si riferisce ad un evento naturale; *2*) realismo concettuale – una diagnosi è un concetto clinico ipostatizzato o personificato; *3*) nominalismo radicale – una diagnosi è un costrutto ben definito più o meno utile alla pratica professionale ma senza un riferimento concreto. Fra questi tre modi di conoscenza, il primo è quello più vicino alla natura delle cose: esiste una realtà esterna al soggetto, non direttamente afferrabile, che è indipendente da qualsiasi descrizione o interpretazione, e in rapporto ad essa il linguaggio non è altro che una timida approssimazione alla verità. Le altre due epistemologie, realismo concettuale e nominalismo radicale, non dovendosi misurare con una realtà data, tendono invece alla costruzione di un universo di parole autoreferenziali e di forte potere suggestivo: la proliferazione del linguaggio diagnostico contemporaneo, in cui diagnosi e oggetto di diagnosi si identificano, è dovuta al prevalere di queste visioni stranianti.

Italo Calvino, in *Mondo scritto e mondo non scritto*, sottolineando la differenza tra parole e cose aveva intravisto «un mondo che porta su di sé una pesante crosta di discorsi. I fatti della nostra vita sono già classificati, giudicati, commentati, prima ancora che accadano. Viviamo in un mondo dove tutto è già letto prima ancora di cominciare a esistere» (Calvino, 1983, p. 108). La questione di fondo, individuata da Hayek già attorno alla metà del secolo scorso, è lo scientismo, cioè «l'estensione e l'applicazione acritica dei metodi delle scienze naturali alle scienze sociali [...]. Lo scientismo o pregiudizio scientista consiste, per Hayek, in "imitazioni pedantesche del metodo e del linguaggio della scienza"» (Antiseri, 2008, p. 9). Una conseguenza pratica dell'atteggiamento scientista in campo sociale fu la diffusione delle "professioni disabilitanti" (Illich, 1977), sviluppatesi parallelamente al linguaggio diagnostico contemporaneo.

Il problema di ricerca

La Pedagogia della Comunicazione si fonda sul presupposto che ogni essere umano può imparare a trasmettere e a interpretare messaggi svincolandosi dagli automatismi appresi. Educare significa allora «portare a consapevolezza il valore della comunicazione [...] avendo ben chiaro che quel mondo è popolato da dèi astuti e crudeli» (Semeraro, 2007, p. 13). L'uso irriflesso del linguaggio, del tutto ovvio nelle relazioni affettive, non è ammesso nel linguaggio tecnico-scientifico, che per definizione richiede coscienza riflessa, ossia capacità di dominare le parole e refrattarietà all'esserne dominati. Il linguaggio diagnostico è quel singolare sottoinsieme del linguaggio tecnico-scientifico che ignora il cosiddetto rasoio di Occam ("non si devono postulare entità inutili"), e trasgredisce al galateo comunicativo promuovendo una descrizione clinicizzante di tutta la realtà umana.

Descrizione clinicizzante, abbiamo detto, e non patologizzante, poiché tale linguaggio non riguarda le malattie. Ci troviamo infatti nella cosiddetta "età della valutazione" (Perniola, 2009): adesso, quasi tutti gli aspetti della vita quotidiana, anche i più banali, sono condizionati dal lessico di prestigio che fa capo all'universo simbolico della diagnosi.

Giustificazione del tema

Questo lavoro si giustifica partendo da un dato di fatto, che costituisce poi la nostra ipotesi fondamentale: non esiste una teoria della diagnosi con una trattazione di base comune, capace di parlare in modo persuasivo a tutte le varie discipline interessate. Ogni ambito disciplinare di tipo diagnostico elabora un proprio discorso, intendendo la diagnosi come argomento specialistico già declinato in partenza. Anche le opere lessicografiche di linguaggio tecnico-scientifico, talvolta, cadono in questo errore didattico: per esempio, il *Dizionario internazionale di psicoterapia* (Nardone e Salvini, 2013) presenta le voci *diagnosi-intervento*, *diagnosi medica*, *diagnosi neuropsicologica*, *diagnosi operativa*, *diagnosi psichiatrica*, *diagnosi psicologica*; sei voci di specificazione della diagnosi senza una preliminare definizione di *diagnosi*.

La riflessione sulla diagnosi non è quasi mai oggetto di monografie; gli articoli in argomento sono rari; per lo più il tema lo si trova, molto diluito, in capitoli di libri che trattano di storia e di filosofia della medicina. Nel panorama italiano va comunque segnalato il pregio delle ricerche multidisciplinari che vennero sviluppate dal "Forum sulle matrici culturali della diagnosi" presso l'Università di Bergamo (Barbetta, 2003).

Solo pochissimi autori, e inizialmente soltanto in campo medico, hanno voluto sottolineare l'aspetto principale del termine *diagnosi*: la sua ambivalenza di significato (Corbel-

lini, 1996; Cagli, 2007), che causa approssimazioni e distorsioni comunicative. Con la parola *diagnosi*, infatti, si intendono due cose del tutto differenti: *a*) un processo investigativo, ossia la tecnica diagnostica; *b*) un prodotto linguistico, ossia la formulazione diagnostica (Doliana, 2015). Corollario: una diagnosi non può essere confusa con una malattia o con un qualsiasi altro oggetto di diagnosi.

Esplicitata l'equivocità del nostro termine di base, che dovrebbe essere nota a chiunque ne facesse uso, è il momento di passare alla locuzione *linguaggio diagnostico*, andando innanzitutto alla ricerca delle sue attestazioni.

La locuzione «linguaggio diagnostico»

Durante la prima metà del Settecento si formano sistemi lessicali complessi mediante i quali poter descrivere il mondo naturale, definito nei suoi tre regni: minerale, vegetale, animale. Si trattava di istituire delle nomenclature coerenti e condivise che permettessero di distinguere (*dignoscere*) un oggetto naturale da un altro.

Sempre nel Settecento, la tassonomia viene usata anche per distinguere un evento naturale da un altro, e in particolare le malattie. L'estensione dei principi tassonomici dalla classificazione di oggetti alla classificazione di eventi veniva giustificata logicamente sulla base di una proporzione: «Symptomata se habent ad morbum, ut folia et fulcra ad plantam» (Schroeder, 1759, p. 454).

Per quanto riguarda la lingua italiana, le prime attestazioni della locuzione *linguaggio diagnostico* risalgono al 1806 (non si tratta di una "locuzione recente", come erroneamente riportato in Doliana, 2015), quando venne pubblicato il primo volume del *Trattato di fitognosia* di Michele Tenore. Questo botanico, senza voler entrare subito in argomento (presentare la terminologia italiana necessaria a descrivere

le piante), scrisse un'ampia introduzione di taglio linguistico, prima soffermandosi sul linguaggio umano in generale, poi focalizzandosi sul «*tecnico* linguaggio» (Tenore, 1806, p. 4), primo fra tutti il «linguaggio degli algebristi» (ivi, p. 5), infine considerando i linguaggi delle Scienze naturali, tra cui il «linguaggio diagnostico della mineralogia» (ibidem) e il «linguaggio diagnostico de i diversi rami della Zoologia» (ivi, p. 6).

Da questo contesto si potrebbe ricavare che il termine *linguaggio diagnostico* si riferisse soltanto a un sistema lessicale adeguato alla distinzione tra vari oggetti naturali. Quel sistema mirava però anche a qualcos'altro, ad un obiettivo di completezza totale: rendere superflue le descrizioni per immagini. Almeno in botanica, a partire da Linneo, si tenderà infatti a costruire un linguaggio simile a quello delle scienze esatte, capace di «dipingere verbalmente le piante» (ivi, p. 8). Tale pretesa si inscriveva in un più ampio quadro di ricerca metafisica finalizzata all'istituzione di una lingua universale (Eco, 1993).

Durante il Novecento l'applicazione del termine *linguaggio diagnostico* si sposta: dall'originale ambito delle Scienze naturali, nell'ultimo quarto di secolo questa locuzione la ritroviamo catapultata nelle Scienze sociali, come in questo frammento di critica della psicanalisi: «Jung considerava in tutta franchezza il linguaggio diagnostico della psicoterapia soprattutto come una convenzione professionale» (Hillman, 1979, p. 167).

Col XXI secolo la locuzione *linguaggio diagnostico* la si trova utilizzata nei testi introduttivi alla manualistica professionale socio-sanitaria, da quella psicoterapeutica (Lingiardi e Del Corno, 2008, p. XXIX) a quella assistenziale (Rigon, 2012, p. 3). Al riguardo, c'è chi aveva proposto che i diversi manuali di classificazione diagnostica venissero considerati in reciproca integrazione (Gabriel, 2002), poiché descrivono la globalità della vita umana frammentata in oggetti di

conoscenza analiticamente circoscritti: problemi relazionali, capacità di cambiamento, stili di personalità, bisogni educativi, disturbi comportamentali e rischi di vario tipo.

Nella vita contemporanea, infatti, «l'intero orizzonte affettivo e appetitivo acquista una tonalità tossica» (Perniola, 2009, p. 129). In questa inedita situazione si può dunque comprendere la riscoperta di Hillman e della sua «critica serrata al linguaggio diagnostico – "linguaggio malato" – della psichiatria e della psicologia» (Chiaretti, 2013, p. 53).

Ulteriori attestazioni della locuzione *linguaggio diagnostico* le troviamo, naturalmente, nei primi lavori che ne svilupparono la tematizzazione autonoma (Doliana, 2011; idem, 2015). In quelle ricerche, il significato di *linguaggio diagnostico* emerse in due accezioni: quella generale di "abitudine linguistica di prestigio" (in quanto uso multisettoriale del termine *diagnosi* e del relativo campo lessicale), e quella specifica di "contenuto dei manuali di classificazione" (in quanto insieme delle formulazioni diagnostiche), accezione già sottintesa nei contesti sopra descritti.

- Il linguaggio diagnostico come abitudine linguistica di prestigio

La parola *diagnosi* inizia ad essere utilizzata in modo chiaramente multisettoriale, cioè ben oltre l'ambito delle Scienze naturali, a partire dalla seconda metà dell'Ottocento, e verrà intesa come «parere che si esprime su un fenomeno (politico, letterario, economico, giuridico, ecc.) dopo aver preso in considerazione le caratteristiche e gli aspetti con cui si manifesta» (Battaglia, 1966, p. 318). Nell'epoca dell'unificazione italiana il termine viene usato specialmente in contesti polemici, come in questo esempio lessicografico: «Chi governa, mal sa fare la diagnosi delle malattie sociali, essendo forse esso il malato più grave» (Tommaseo e Bellini, 1869, p. 132). Il primo autore a introdurre un "linguaggio diagnostico" nella critica letteraria è Giosuè Carducci,

il quale, in *Confessioni e battaglie*, denuncerà le «misere e maligne soddisfazioni d'una troppo facile diagnosi intorno a un romanzo nato male» (Carducci, 1883, p. 196).

Col Novecento il tecnicismo *diagnosi*, già diffuso in ambiti diversi, comincia ad essere utilizzato non più in senso figurato e generico, ma in senso clinico e in precisi contesti professionali molto distanti dal tradizionale campo medico: risulta infatti presente nel titolo di un articolo di Ingegneria (Ponzio, 1906) e in uno di Conservazione dei Beni Culturali (Benveduti, 1939). È rilevante notare che queste due aree disciplinari sono tuttora presenti nel mercato editoriale italiano in tema di diagnosi e, quantitativamente, la loro produzione si colloca appena dopo Medicina e Scienze dell'Educazione (Doliana, 2011).

Attualmente l'uso della parola *diagnosi* e del suo campo lessicale, che include *valutazione*, *identificazione* e *accertamento* (ivi, p. 40), riguarda sempre più «una scuola affetta dall'ossessione diagnostica» (Diana, 2014, p. 11). La comunicazione professionale in termini di diagnosi, rimandando gnoseologicamente a una realtà che, nella sua interezza, dovrebbe essere avvicinata soltanto con apparati descrittivi complessi, può dunque rappresentare uno strumento di conflitto tra orientamenti psico-pedagogici differenti: in particolare, tra chi sostiene la necessità di un linguaggio di prestigio e chi afferma un linguaggio di semplicità.

- Il linguaggio diagnostico come contenuto dei manuali di classificazione

Il linguaggio diagnostico in senso stretto non è soltanto una diffusa abitudine all'uso del campo lessicale della diagnosi in situazioni eterogenee, ma consiste in un insieme di testi: i manuali di linguaggio diagnostico. Non tutte le attività investigative attorno a fenomeni di varia natura sono guidate da specifici testi di classificazione in grado di fornire un lessico completo degli eventi diagnosticabili, tuttavia ci

troviamo davanti a un settore librario di grande successo che interessa un vasto arcipelago di professioni.

La manualistica del linguaggio diagnostico contemporaneo si sviluppa a partire dalla fine del Novecento, e va a costituirsi come genere letterario autonomo rispetto alla manualistica del linguaggio medico: questa è rappresentata da un unico testo ufficiale dello stato in tre volumi, comunemente chiamato *ICD* (Ministero della Sanità, 2001); quella è rappresentata da numerose opere in volume unico, come le serie *DSM* e *NANDA*, oltre alle classificazioni *CD03*, *ICF* e *PDM* (Doliana, 2015). A differenza del linguaggio medico, l'ufficialità di tali opere è però relativa alle sole organizzazioni promotrici.

Il meccanismo retorico di legittimazione dei manuali di linguaggio diagnostico viene attivato utilizzando a cascata il principio di notorietà. Il *DSM* fa esplicito riferimento all'autorevole testo medico *ICD*; a sua volta, il prestigio del *DSM* serve ad affermare l'importanza degli altri manuali. Come già accennato, la considerazione delle diverse classificazioni diagnostiche sarebbe funzionale a un sistema più integrato di descrizione "psichiatrica" (Gabriel, 2002).

Il linguaggio diagnostico discende dunque dal linguaggio medico, ma se ne distanzia notevolmente per ciò che riguarda la varietà degli eventi descritti; è un linguaggio analitico che sembra quasi poter competere con quello utilizzato per la catalogazione dei libri. Ad esempio il manuale *CDD* (Biblioteca Nazionale Centrale di Firenze, 2009), che classifica l'intera conoscenza umana, si giustifica per le sue finalità pratiche: saper allestire una biblioteca e saper collocare un libro su uno scaffale piuttosto che su un altro. Invece i manuali di linguaggio diagnostico, diversamente dai manuali di biblioteconomia, non hanno sempre una reale finalità pratica: spesso si limitano a classificare in termini pomposi situazioni di vita quotidiana.

In quanto stringa diagnostica, o etichetta clinica, «la diagnosi risulta interessante anche solo di per sé» (Skrabanek

e McCormick, 1989, p. 75). Vediamo allora alcuni esempi ricavati dai manuali a cui abbiamo sopra accennato (le sigle d'uso corrente sono tra parentesi quadre): *Problema Religioso o Spirituale* (Andreoli, Cassano e Rossi, 2001, p. 787) [*DSM*]; *Sensazione correlata alla cute* (Leonardi, 2002, p. 87) [*ICF*]; *Disturbo dell'Addormentamento* (Muratori e Maestro, 2008, p. 47) [*CD03*]; *Disponibilità a migliorare la Comunicazione* (Calamandrei, 2008, p. 44) [*NANDA*]; *Comportamento dirompente* (Lingiardi e Del Corno, 2008, p. 400) [*PDM*]; *Disturbo da ansia di malattia* (Biondi e Maj, 2014, p. 364) [*DSM*]; *Rischio di autostima cronicamente scarsa* (Rigon, 2015, p. 258) [*NANDA*]. Le etichette diagnostiche appena viste servono a tradurre situazioni come "non credere nella provvidenza divina", "aver la pelle d'oca", "far fatica a prender sonno", "voler far due chiacchiere", "rompere i giocattoli", "aver paura di essere malati", "fare una vita fantozziana". Ma l'universo simbolico clinico rappresentato dai manuali di linguaggio diagnostico potrebbe avere anche effetti concreti: aumentare la «schiera dei sani preoccupati» (Bobbio, 2010, p. 164), a causa del senso di incombenza delle entità più inverosimili.

I differenti aspetti del linguaggio diagnostico

Per illustrare meglio l'argomento, finora svolto nei suoi caratteri fondativi, ripercorriamo i punti *a* – *f* già elencati nel prologo, sviluppandoli uno per uno.

La diagnosi in quanto fenomeno linguistico

La teoria del linguaggio diagnostico si occupa della diagnosi in quanto modalità di comunicazione analizzabile dal punto di vista lessicale, semantico e retorico. Attualmente,

infatti, nel mondo del lavoro e della formazione «assistiamo a un forte privilegiamento della tecnica nei codici comunicativi e alla iperprofessionalizzazione dei registri discorsivi» (Piano, 2006, p. 44), un fenomeno che richiede qualcosa di più di un semplice atteggiamento di denuncia.

Parlando della diagnosi in quanto linguaggio, nel nostro quadro teorico non vengono quindi incluse le tecniche d'indagine attorno a questa o a quella realtà particolare – che costituiscono l'ambito della "diagnostica". Tuttavia, considerato che l'ambiguità del concetto di diagnosi tende a fondere la dimensione linguistica con quella operativa, sarà opportuno soffermarci brevemente su quest'ultima caratteristica.

Uno schema già collaudato ha permesso di ridurre l'insieme delle discipline diagnostiche a sei grandi aree (Doliana, 2011): Agraria-Veterinaria (d'ora in poi *AV*), Conservazione dei Beni Culturali (*CBC*), Economia (*Ec*), Ingegneria (*Ing*), Medicina (*Med*), Scienze dell'Educazione (*SE*). Per ognuna di esse esistono procedure d'indagine specifiche giustificate da peculiari sfondi metodologici, ma in generale si possono distinguere due modalità di approccio diagnostico: quello delle Scienze naturali e quello delle Scienze sociali. Nelle prime – come nel caso di *AV*, *CBC*, *Ing* e *Med* – vengono applicate tecniche strumentali (ad esempio la spettroscopia); nelle seconde – come nel caso di *Ec* e *SE* – vengono utilizzate tecniche dialogiche (ad esempio il questionario). L'irriducibilità di queste due tecniche diagnostiche suggerisce l'esistenza di una distinzione reale tra due aree fondamentali della conoscenza: quella oggettiva e quella soggettiva.

La diagnosi come lessico di prestigio

In senso lato, il linguaggio diagnostico va inteso come quell'abitudine linguistica caratterizzata dall'uso di un les-

sico investigativo a connotazione elevata, che è uno stile di comunicazione rilevabile in vari settori di attività, come appena visto. La lettura della voce *diagnosi* nei dizionari – orientata alla rilevazione dei sostantivi collocati in prima posizione in ogni enunciato definitorio – ha permesso di stabilire il “campo lessicale della diagnosi”, che risulta rappresentato da parecchi termini, tra cui: *accertamento*, *definizione*, *denominazione*, *descrizione*, *determinazione*, *giudizio*, *identificazione*, *individuazione*, *riconoscimento*, *valutazione*. Questo vocabolario in alcuni casi denota la diagnosi come produzione linguistica, in altri come attività d’indagine, ed è in quest’ultimo significato che emergono più frequentemente termini con una connotazione di prestigio – per esempio *accertamento* e *valutazione*.

Linguaggio medico e linguaggio diagnostico

Una concettualizzazione stretta del linguaggio diagnostico, in quanto contenuto dei manuali di classificazione diagnostica, implica una sua netta differenziazione dal linguaggio medico. A tale scopo è stata ideata una doppia lista di caratteristiche correlate (Doliana, 2015, p. 31).

Il linguaggio medico è: *a*) settoriale; *b*) utilizzato dai medici; *c*) centrato sulla funzione referenziale; *d*) orientato alla comunicazione tra professionisti e pubblico; *e*) descrittivo di patologie e di terapie; *f*) veicolato a livello verbale e scritto; *g*) scarsamente suscettibile di parodia; *h*) esposto a critica intraparadigmatica; *i*) a proliferazione contenuta.

Viceversa, il linguaggio diagnostico è: *a*) multisettoriale; *b*) utilizzato da un pubblico in espansione; *c*) centrato sulla funzione retorica; *d*) orientato alla produzione di ideologia professionale; *e*) descrittivo di sentimenti e comportamenti; *f*) veicolato prevalentemente a livello scritto; *g*) altamente suscettibile di parodia; *h*) esposto a critica letteraria e socio-

linguistica; *i*) a proliferazione elevata. Questi tratti distintivi vengono di seguito sviluppati in parallelo.

• Grado di settorialità

Come è ormai chiaro, il linguaggio diagnostico è multisettoriale; in altre parole è "socialmente distribuito" (Doliana, 2011), interessando una varietà di discipline e di professioni. Esso costituisce una novità per l'approccio sociolinguistico, che ordinariamente si occupa di singoli linguaggi settoriali: burocratico, economico, giuridico, medico, pubblicitario, sportivo, e così via.

• Tipo di pubblico

Mentre il linguaggio medico si trova codificato in un manuale destinato a una quantità contenuta di persone (in Italia i medici sono meno di mezzo milione), il pubblico dei manuali di linguaggio diagnostico è in continua espansione. Nell'introduzione al manuale per la diagnostica del funzionamento umano (promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità) si specifica che il volume «viene utilizzato anche in settori come quello assicurativo, della previdenza sociale, del lavoro, dell'istruzione, dell'economia, della legislazione e delle modificazioni ambientali» (Leonardi, 2002, p. 13). La varietà dei destinatari è affermata pure nei testi introduttivi all'ultima edizione del più noto manuale di classificazione psichiatrica, in cui si dice che «il DSM-5 deve essere visto per quello che in realtà è: non "la bibbia degli psichiatri", bensì un utile manuale di riferimento per tutte le professioni della salute mentale» (Biondi e Maj, 2014, p. XIV); e più oltre si precisa: «L'informazione è di grande importanza per tutti i professionisti che operano nel settore della tutela della salute mentale, inclusi psichiatri, medici di altre specialità, psicologi, operatori sociali, infermieri, counselor, specialisti nel campo forense e legale, terapisti occupazionali e della riabilitazione, e altri professionisti della sfera sanitaria» (ivi, p. LIII).

• Tipo di funzione

Ogni lessico settoriale, o “tecnoletto”, è per definizione «indirizzato alla sola funzione referenziale; si caratterizza per la mancanza di ambiguità, polisemia, sinonimia, connotazione; per l’essenzialità dei moduli sintattici, per la mancanza di un’evoluzione interna» (Cardona, 1988, p. 300). Ad esempio, nel manuale di linguaggio medico la cosiddetta *tricotillomania* viene presentata come «disturbo caratterizzato da notevole perdita di capelli dovuta a ricorrente incapacità a resistere all’impulso di strapparli» (Ministero della Sanità, 2001, I, p. 366). Riprendendo questo stesso esempio, e andando a rileggerlo su un manuale di linguaggio diagnostico, scopriamo invece una formulazione ridondante: «La manifestazione fondamentale della Tricotillomania è lo strappamento ricorrente di capelli che causa notevole perdita di capelli» (Andreoli, Cassano e Rossi, 2001, p. 719). Vediamo poi che lo stesso costrutto si è modificato nel tempo, mediante l’inserzione di un equivalente sinonimico: «La manifestazione fondamentale della tricotillomania (disturbo da strappamento di peli) è lo strapparsi in modo ricorrente capelli o peli» (Biondi e Maj, 2014, p. 291). Considerando la teoria dell’argomentazione, le formulazioni di linguaggio diagnostico sembrano funzionali a una retorica della complessità: nei due manuali *DSM* appena considerati, l’intera descrizione del comportamento “tricotillomania” occupa rispettivamente tre e quattro pagine, mentre il manuale di linguaggio medico si limita a poche righe. Un’altra funzione retorica è rappresentata dalla personificazione dei concetti clinici mediante espedienti grafici (Doliana, 2010): il caso più evidente fu quello della serie *DSM*, che fino alla penultima edizione aveva messo la maiuscola iniziale ad ogni parola della stringa diagnostica, come se fosse un nome proprio.

• Finalità generale

Analogamente al manuale di linguaggio medico, anche i manuali di linguaggio diagnostico offrono un materiale lessicale "standardizzato" (Rigon, 2012, p. 3), e promuovono una cultura della corretta comunicazione. Tuttavia, essi sembrano prevalentemente orientati ad alimentare nei lettori una specifica ideologia professionale, plasmandone la consapevolezza di appartenenti ad una élite interdisciplinare, quella delle sempre più numerose professioni di aiuto – coi più vari livelli di formazione. Queste vengono abitualmente interpretate come professioni cliniche o diagnostiche.

• Tipo di oggetto descritto

Gli oggetti di diagnosi trattati prevalentemente nei manuali di linguaggio diagnostico sono sentimenti e comportamenti, oltre a numerose altre situazioni di vita quotidiana, poiché le professioni di aiuto svolgono interventi in favore di persone bisognose dal punto di vista esistenziale; le malattie, che rappresentano il cosiddetto "oggetto di diagnosi prototipico" (Doliana, 2015), sono di interesse secondario. Il manuale di linguaggio medico, viceversa, elenca innanzitutto malattie, e in subordine tratta condizioni esistenziali di vario tipo.

• Rilevanza linguistica

Il linguaggio medico non si risolve nel contenuto del manuale ufficiale dello stato; attraverso i termini della diagnosi (e della terapia) stratificatisi negli ultimi due secoli, esso è diventato un importante affluente della lingua italiana, «con tante ricadute nell'orizzonte linguistico dei comuni parlanti» (Serianni, 2005, p. 11). Che il linguaggio dei manuali diagnostici rappresenti una "lingua viva" non è invece dimostrabile, se con ciò intendiamo un sistema concettuale capace di alimentare una vera comunicazione parlata. Non

sembra possibile, infatti, che dei costrutti puramente diagnostici, privi cioè di un referente naturale, vengano concretamente prodotti a livello verbale: il caso di un operatore socio-sanitario in visita ad una baraccopoli che si rivolgesse a qualcuno dicendo «lei è affetto da cronica difficoltà di gestione della casa» non è verosimile, appartenendo piuttosto alla creatività da palcoscenico (i riferimenti della stringa diagnostica *Difficoltà di gestione della casa* sono riportati in Doliana, 2015). Resta il fatto che, in quanto prodotto scritto destinato allo studio e alla consultazione, il linguaggio dei manuali diagnostici occupa un preciso posto nei percorsi formativi di numerose professioni cliniche, sebbene la sua capacità di condizionare la qualità della comunicazione professionale sia ancora tutta da misurare.

• Suscettibilità alla parodia

Il testo classico di parodia del linguaggio medico è *Il malato immaginario* di Molière, un'opera impertinente «come la voce di chi in pieno carnevale saltasse sù a ricordare il Venerdì Santo» (Lunari, 1976, p. 25). Un altro notevole testo teatrale è *Knock o il trionfo della medicina* di Jules Romains (1924). A partire da Totò, il teatro e il cinema italiano hanno prodotto molti testi parodistici fondati sull'insensatezza e sulla storpiatura: «La satira contro il linguaggio medico rientra, in Totò, nel più vasto àmbito della smitizzazione del "parlare difficile"» (Serianni, 2005, p. 20). Affermare che il linguaggio medico è scarsamente suscettibile di parodia è quindi una imprecisione, che tuttavia serve a mostrarci, per contrasto, il grado estremo a cui si è esposto il linguaggio diagnostico. La specificità della parodia diagnostica sta nel fatto di basarsi, spudoratamente, sulla produzione di formulazioni tecniche dotate di un altissimo grado di verosimiglianza apparente, quando invece i fenomeni a cui realmente ci si riferisce sono del tutto comuni, o delle ovvietà totali. Stefano Benni, in *Bar Sport Duemila*, descrisse «una

strana e contagiosa malattia» tipica dei pubblici esercizi: «Il suo nome è "sindrome del bancone", o *megalobancomania*. Questa sindrome porta a cambiare ossessivamente il bancone del bar ogni quattro-cinque anni. E ogni volta il bancone diventa più grande, più scomodo ed esteticamente incomprensibile» (Benni, 1997, p. 7). Ancora lo stesso autore, in *Achille piè veloce*, descrisse quindi il «morbo del fornaio, o insonnia pistoria, che colpisce i figli dei panettieri. Gli attacchi di questa malattia rendono desti e lavorativi durante la notte, e fanno addormentare di colpo durante le ore diurne» (Benni, 2003, p. 19). Esiste poi un'autentica fonte di stringhe diagnostiche non ortodosse: è un testo del filone "libroterapia", al quale «ogni lettore può aggiungere da sé altre voci e altri rimandi, secondo la propria esperienza e la propria biblioteca» (Stassi, 2013, p. 10). Come se fosse un vero manuale diagnostico ad uso psico-pedagogico, questo volume offre un elenco di trenta "disturbi della lettura", da *Acquisto di libri, compulsivo* fino a *Vivere invece di leggere, tendenza a* – in quest'ultimo caso la cura consigliata è «leggere per vivere più intensamente» (Berthoud e Elderkin, 2013, pp. 607-608). L'aspetto più interessante di quest'opera, destinata ai lettori comuni, ai bibliotecari e ai librai di tutto il continente europeo, è il suo situarsi a metà strada tra autorevolezza e parodia. Sembra questo il futuro di tutta la comunicazione in stile clinico.

• Esposizione all'analisi scientifica

Il linguaggio della medicina, quando preso sul serio, è prevalentemente esposto a critica intraparadigmatica, interna alla disciplina stessa. Nei primi decenni del Novecento, alcuni medici influenzati dalla filosofia neopositivista avevano colto i pericoli dell'ipostatizzazione degli enunciati diagnostici, e avevano creduto di potervi opporre l'affermazione di un nominalismo radicale: è il caso del già citato Crookshank (1923). Storicamente, però, la tanto deprecata

verbosità medica venne combattuta da una «robusta corrente antinominalistica» (Serianni, 2005, p. 21): è il caso di Murri, il quale, in opposizione alle concezioni metafisiche, affermò l'esistenza del solo dato naturale, che «non può essere riprodotto sufficientemente da nessuna descrizione» (Murri, 1908, p. 12; Veglia, 2003, p. 39). Il linguaggio medico, riferendosi ad eventi di natura, si sottrae dunque ad un'analisi puramente linguistica. Il linguaggio diagnostico, invece, essendo un sistema lessicale che prescinde da un referente esterno rilevante, e che rappresenta entità concettuali più o meno arbitrarie, esprime la «diffusa tendenza a descrivere i più diversi fenomeni (e esperienze) umani in termini medici o pseudomedici» (Szasz, 1974, p. 126); pertanto risulta analizzabile con metodo scientifico utilizzando approcci disciplinari strettamente umanistici, non implicando alcuna competenza sulle "cose" trattate.

• Grado di proliferazione

Questa variabile, che si può riferire tanto all'universo quanto ai singoli campioni di manuali diagnostici, è rappresentabile mediante due indicatori principali: la quantità di edizioni messe sul mercato in un certo arco di tempo e la numerosità delle formulazioni tecniche presentate. A differenza del linguaggio medico, che può essere definito genericamente a basso grado di proliferazione, il linguaggio diagnostico conferma la rilevanza di entrambi gli indicatori considerati: in particolare, la serie dei manuali *NANDA* (emanazione della North American Nursing Diagnosis Association) ha la più alta frequenza di nuove edizioni, mentre la serie *DSM* (promossa dall'American Psychiatric Association) presenta la maggiore produttività di formulazioni diagnostiche. Nelle future ricerche sulla "proliferazione del linguaggio diagnostico" (Doliana, 2015), già definita approssimativamente come "esuberanza diagnostica" (Frances, 2013, p. 12), andranno ovviamente considerati anche i

nuovi manuali e gli eventuali nuovi settori disciplinari coinvolti – per esempio, quale rilevante novità in campo psicodinamico, si sta ora affermando la serie *PDM* (Lingiardi e McWilliams, 2018).

Diagnosi e oggetto di diagnosi

Una diagnosi, o formulazione diagnostica, è composta da una stringa diagnostica, o titolo, e dalla sua definizione – più o meno articolata. In questo senso, una diagnosi contenuta in un manuale di classificazione è strutturalmente analoga a una voce di dizionario, costituita da lemma e glossa. In entrambi i casi si tratta di costruzioni linguistiche, segni che rimandano ad altri segni; ci troviamo sul piano della "vox", l'ambito della parola. Gli oggetti e gli eventi naturali, «che sono così come sono, distinti e indipendenti dalla soggettività» (Bonfantini, Bramati e Zingale, 2007, p. 11), costituiscono invece il piano della "res", la realtà esterna al linguaggio.

La separazione tra i due piani non è convenzionale, e permette di prendere coscienza del pericolo di sovrapposizione della parola alla cosa. Infatti, gli oggetti e gli eventi non hanno un rapporto di necessità coi termini che li denotano: «Nella tragedia di Shakespeare, Giulietta dice a Romeo che la rosa, anche se si chiamasse con altro nome, non perderebbe il suo profumo» (Marchi, 1984, p. 207), e proprio per questo motivo "ontologico" un evento naturale come la brucellosi può essere chiamato indifferentemente *brucellosi*, *febbre maltese*, *febbre ondulante*, *febbre mediterranea* o *morbo di Bang* (Rothenberg, 1986, p. 1241).

La distinzione semantica tra piano della "vox" (diagnosi) e piano della "res" (oggetto di diagnosi) trova giustificazione nella ricerca storica. Circa due secoli e mezzo fa, con lo sviluppo delle Scienze naturali, avvenne un fatto unico nella

storia del linguaggio tecnico-scientifico: contemporaneamente alla netta riduzione di vaghezza dell'oggetto di diagnosi (con lo sviluppo dell'anatomia patologica) ebbe inizio una paradossale proliferazione delle formulazioni diagnostiche contenute nei testi di classificazione (Doliana, 2015). Una malattia, a partire dal Settecento, non è più una strana realtà metafisica, e nemmeno un semplice concetto, ma è una oggettiva "lesione locale" (Grmek, 1996, p. 287). Ciò nonostante, lo sviluppo del lessico diagnostico si rivelerà in buona parte slegato dalle nuove conoscenze: nello stesso periodo in cui Morgagni scopre la tecnica per diagnosticare la cirrosi epatica, un evento naturale che in quell'epoca non aveva ancora un nome, Linneo assume nel suo sistema nosografico la voce *bulimia*, un nome che non si riferiva ad alcun evento naturale. Vennero così alla luce sempre più numerosi oggetti di diagnosi: comportamenti e sentimenti – fenomeni dell'esperienza soggettiva – entrarono nelle classificazioni diagnostiche come se fossero malattie, sintomi di una confusione non episodica tra patologia (studio della "res") e nosografia (produzione di "vox"). Quest'ultima, svincolata dalla realtà oggettiva, si affermerà come strumento conoscitivo autonomo, utilizzabile in vari settori professionali e di ricerca afferenti alle Scienze sociali.

Materialismo, realismo, nominalismo

I molti e contradditori punti di vista filosofici sulla realtà servono ad illuminarne gli aspetti teorici, ma di regola influiscono sulla stessa pratica scientifica, fino a modificare la comune percezione del mondo. Qui ci soffermeremo sulle tre epistemologie emerse dallo studio della diagnosi nella sua dimensione storica: materialismo naturalistico, realismo concettuale e nominalismo radicale (Doliana, 2015), cercando poi di fare una scelta.

• Materialismo naturalistico

Questa è la visione implicita degli esperti in Scienze naturali: fisica, chimica e biologia hanno una rilevanza centrale per la formazione di professionisti di vario genere, ad esempio nel campo del controllo della qualità dell'alimentazione (*AV*), del restauro di oggetti antichi (*CBC*), del consolidamento di edifici (*Ing*) e della cura delle malattie (*Med*). Dentro a queste così diverse aree d'indagine diagnostica vi si può scorgere un nucleo di conoscenze comuni, sorrette da una certezza gnoseologica: ciò che si scopre, e sulla quale si deve intervenire, è una realtà oggettiva. Una qualsiasi "lesione locale", anche quando posta in discussione dalla teoria della vaghezza – per tale aspetto rinviamo a Varzi, 2001 – sarà sempre ancorata a una struttura concreta: un essere vivente oppure un artefatto.

In campo medico la materialità della malattia è testimoniata da discipline come la paleopatologia e l'anatomia patologica, a iniziare da Morgagni (Doliana, 2015), ma il concetto di malattia in quanto evento complesso di ordine materiale viene affermato pure nelle attività di conservazione del patrimonio culturale, come per esempio all'Istituto di patologia del libro – già ospitato presso la Badia greca di Grottaferrata – che promuove ricerche a tutela del patrimonio librario (Gallo, 1935; Ministero per i Beni e le Attività Culturali, 2001). L'approccio naturalistico sembra così stabilire una uguale dignità tra natura e cultura, tra l'uomo e i suoi artefatti: con una argomentazione di taglio biologico potremmo dire che le piattole stanno agli esseri umani come i pesciolini d'argento o "lepismatidi" (Giannini, 2010, p. 99) stanno ai libri.

• Realismo concettuale

Detto anche realismo ingenuo, è il punto di vista epistemologico che emerge nel momento della comunicazione scientifica, da quella giornalistica a quella specializzata; si manifesta nel campo delle Scienze naturali così come in

quello delle Scienze sociali, e in buona parte sembra inevitabile – questo stesso saggio è iniziato con un'affermazione di "esistenza" riguardo a qualcosa che altro non è che una struttura argomentativa. Alla proprietà fondamentale del linguaggio, per cui «a ciò che è enunciato corrisponde qualcosa, qualcosa e non "niente"» (Benveniste, 1966, p. 104) non si può sfuggire. La parola "entità", che sta ad indicare «ogni oggetto del quale si possa definire lo *status* esistenziale» (Abbagnano, 1961, p. 371), viene utilizzata spesso nelle Scienze naturali, tanto che il manuale di linguaggio medico presenta il suo contenuto come una classificazione di "entità morbose" (Ministero della Sanità, 2001, I, p. 1).

Nella didattica della comunicazione medica, l'uso di moduli espressivi non sufficientemente sorvegliati è un problema noto: ad esempio, circa un secolo fa un'epidemia d'influenza era stata definita come «funesto nemico della razza umana che attacca le nostre coste» (Crookshank, 1923, p. 394; Doliana, 2010, p. 30). Anche nelle Scienze sociali, e in particolare nell'area psico-pedagogica, il linguaggio diagnostico utilizza la retorica della presenza inquietante: l'attenzione esagerata a ciò che si mangia era stata chiamata "ortoressia nervosa", e venne presentata come «un nuovo disturbo del comportamento alimentare che si sta diffondendo nei Paesi industrializzati» (Pettinelli, 2005, p. 80; Doliana, 2010, p. 31). C'è una folla di esempi giornalistici di questo genere. Nella pratica linguistica in stile clinico il successo del termine *disturbo* può essere spiegato antropologicamente, considerandolo in quanto nozione "mana", o "significante fluttuante" (Lévi-Strauss, 1950, p. LII), che è come dire "coso" o "affare" (Barthes, 1957, p. 135), «una categoria amorfa in cui si riversano tranquillamente i significati più vari» (idem, 1959, p. 268).

In antropologia culturale «i simboli sono più reali delle cose che rappresentano, il significante precede e determina il significato» (Lévi-Strauss, 1950, p. XXXVI). Per il realismo

ingenuo a ogni sostantivo corrisponde una qualche realtà: ne consegue che «le cose esistono solamente perché le si nomina; dunque, come nella buona vecchia magia, sopprimere il nome significa sopprimere la cosa» (Barthes, 1959, p. 256). La società postmoderna sembra non potersi sottrarre alla potenza delle modalità comunicative magiche: «Le concezioni del tipo *mana* sono così numerose e così diffuse che conviene chiedersi se, per caso, non ci troviamo di fronte a una forma di pensiero universale e permanente» (Lévi-Strauss, 1950, p. XLVI).

• Nominalismo radicale

L'antidoto filosofico che serve a liquidare tutte le costruzioni concettuali abusive sarebbe il nominalismo radicale: le parole sono semplici vibrazioni dell'aria, inchiostro su carta, puntini scuri di un videoschermo. Dietro le parole non c'è nulla. Conseguenza morale: il linguaggio può essere manipolato a piacere. Questo atteggiamento mette da parte qualsiasi realtà, e promuove le formulazioni lessicali più incredibili, applicando la "legge di iperdenominazione" (Barthes, 1959, p. 250). Si attua infatti un meccanismo di tipo circolare, già intuito da Jorge Luis Borges nella sua descrizione del fantastico pianeta *Tlön*: «Dal fatto che nessuno crede alla realtà dei sostantivi nasce, paradossalmente, che il numero di questi ultimi è interminabile» (Borges, 1940, p. 15). La lettura dei manuali diagnostici, svolta con mentalità linguistica (cioè senza predilezioni oggettuali), lascia intravvedere un mondo di questo tipo, verbosissimo e insignificante.

• Come arginare le epistemologie stranianti

La condizione cognitiva che, tanto o poco, riguarda tutti gli esseri umani, è il realismo concettuale, poiché il nostro pensiero ha un "orientamento reificatore" (Quine, 1960, p. 293). Ma il nominalismo radicale (che è pienamente realizzabile soltanto nella fantascienza) non può esserci di grande

aiuto: quell'approccio alla conoscenza, favorendo costantemente la produzione di nuovo materiale lessicale, non fa che alimentare il mondo costruito dalle parole, fino a sommergere il dato oggettivo.

La soluzione del problema epistemologico sembra essere quindi il materialismo naturalistico: «Solo se riconosco l'esistenza di un mondo esterno, potrò riconoscere la mia percezione di esso come limitata e unilaterale [...]. La tesi ontologica della realtà del mondo esterno è necessaria alla giusta pratica conoscitiva e trasformatrice del mondo» (Bonfantini e Macciò, 1973, p. 211). Si tratta insomma di ammettere l'esistenza di una realtà che sta fuori di me (piano della "res") e di praticare un dire intriso di semplicità (piano della "vox"): per Gesù di Nazaret «era necessario togliere alla parola la connessione con una potenza trascendente, perché soltanto allora l'uomo diventa padrone della propria parola. "La tua parola sia sì sì, no no" significa che la parola *corrisponde* alla realtà, non *crea* la realtà» (Magli, 2004, p. 92).

I manuali di classificazione

Il linguaggio diagnostico che si può studiare a tavolino è rappresentato da vari testi di classificazione, i quali, come già detto, sono assimilabili al manuale *CDD*, quello maggiormente utilizzato nella gestione delle biblioteche. Esso viene definito quale «ordinamento monodimensionale di ospitalità infinita» (Serrai, 1977, p. 283), il che significa che vi si può catalogare il mondo intero. L'intenzione dei progettisti di manuali diagnostici sembra essere la stessa: mentre in campo librario si classifica il sapere in senso lato, nei settori del linguaggio tecnico-scientifico si elencano oggetti ed eventi, più o meno reali o linguisticamente costruiti.

Il sistema di classificazione bibliografica, la cui suddivisione decimale, tuttora valida, risale al 1876 (ivi, p. 282), è

sostanzialmente stabile; i manuali di linguaggio diagnostico sembrano invece soggetti a frequenti ripensamenti, specialmente dal punto di vista delle scelte lessicali. Abbiamo pertanto guardato all'interno di essi per cogliere eventuali peculiarità.

• Breve analisi lessicale

Presentiamo un confronto diacronico svolto su due serie di manuali, assumendo il lutto quale nucleo argomentativo oggetto d'analisi (v. Tab. 1). I volumi selezionati sono stati siglati così come segue: *DSM-A* (Andreoli, Cassano e Rossi, 2001); *NANDA-A* (Calamandrei, 2008); *DSM-B* (Biondi e Maj, 2014); *NANDA-B* (Rigon, 2015).

Tabella 1. *Il tema del lutto in quattro manuali diagnostici.*

	Titolo diagnostico ed enunciato definitorio (stralcio)
DSM-A (2001, 1002 pp.)	*Lutto* (pp. 786-787) Questa categoria può essere utilizzata quando l'oggetto dell'attenzione clinica è una reazione alla perdita di una persona cara. Come parte della loro reazione alla perdita, alcuni soggetti si presentano con i sintomi caratteristici di un Episodio Depressivo Maggiore.
NANDA-A (2008, 245 pp.)	*Lutto complicato* (pp. 135-136) Disordine che si verifica a seguito della morte di una persona significativa.
DSM-B (2014, 1091 pp.)	*Disturbo da lutto persistente complicato* (pp. 914-918) Il disturbo da lutto persistente complicato è diagnosticato solo se sono trascorsi almeno 12 mesi (6 mesi nei bambini) dal momento della morte di qualcuno con cui l'individuo in lutto aveva una relazione stretta (Criterio A). Questa cornice di tempo discrimina il lutto normale dal lutto persistente.
NANDA-B (2015, 467 pp.)	*Rischio di lutto complicato* (p. 324) Vulnerabilità a un disturbo che si verifica a seguito della morte di una persona significativa.

Questa tabella indica la marcata clinicizzazione di una situazione di sofferenza del tutto ovvia, connaturata alla vita umana, e non solo. Bisogna precisare che i manuali della serie *NANDA* descrivono di regola ben tre differenti stringhe diagnostiche in tema di lutto, disposte in gradazione ascen-

dente: *Lutto*, *Lutto complicato*, *Rischio di lutto complicato*. La serie *DSM* presenta invece una categorizzazione molto più ridotta e incerta: nel *DSM-A* la voce *Lutto* fa parte del capitolo "Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica"; nel *DSM-B* la nuova stringa *Disturbo da lutto persistente complicato* è inserita tra le "Condizioni che necessitano di ulteriori studi", mentre la concettualizzazione generale di *Lutto*, in quanto titolo diagnostico autonomo, risulta abbandonata.

Considerando i segmenti testuali presentati in Tab. 1 come parti di un unico corpus, l'analisi lessicale permette le seguenti osservazioni: nell'esempio tratto dal *NANDA-A* si parla di *disordine*, mentre in quello tratto dal *NANDA-B* si parla di un possibile *disturbo* con relativa *vulnerabilità*, come se il lutto fosse un qualsiasi malanno. Nell'esempio tratto dal *DSM-A* il lutto viene definito come *reazione* a una perdita da parte di *soggetti* che possono anche deprimersi moltissimo (qui la formulazione diagnostica non è che una ovvietà messa per iscritto in termini clinici); nell'esempio tratto dal *DSM-B* viene invece ipotizzata l'esistenza di un *disturbo* che può riguardare un *individuo*. Da questa lettura emergono quindi due figure retoriche: *a*) climax, o intensificazione del concetto – nel passaggio da *reazione* a *disturbo*; *b*) anticlimax, o attenuazione del concetto – nel passaggio da *soggetti* a *individuo*.

In coda a queste nostre annotazioni, dobbiamo anche rilevare che gli esempi testuali appena presentati non comunicano alcuna realtà di sofferenza. George Orwell, nel saggio *I princìpi della neolingua*, aveva previsto un vocabolario di termini tecnici del tutto particolari: «Questi rassomigliavano ai termini scientifici in uso oggigiorno, ed erano costruiti con le medesime radici, ma si aveva cura di definire in modo preciso i significati e togliere loro tutti quelli, invece, che fossero indesiderabili» (Orwell, 1949, p. 339).

• Il regno dei disturbi e dei rischi

Avevamo detto che il linguaggio dei manuali diagnostici denomina e classifica le situazioni più varie, non necessariamente disfunzionali, che costituiscono un insieme eterogeneo di oggetti di diagnosi: sentimenti, comportamenti e vari altri aspetti della vita quotidiana. Storicamente, a partire dall'ultimo quarto di secolo del Novecento, sulla scena sociale iniziano a comparire «bande di fanatici "cacciatori di bisogni"» (Illich, 1977, p. 42), e qualsiasi problema viene visto «come se si trattasse di un batterio velenoso o di uno scompenso ormonale» (Zola, 1977, p. 68).

Dalla moltitudine delle denominazioni formali elencate nei manuali diagnostici, emergono oggi due parole: *disturbo* e *rischio*. Il termine *disturbo* è talmente utilizzato nelle stringhe e nelle definizioni diagnostiche da essere diventato una specie di nozione "mana", come già visto, e in questo ruolo ha soppiantato in buona parte il termine *sindrome*. Basti considerare la serie *DSM*, in cui le informazioni diagnostiche di base erano state inizialmente definite "Sindromi Cliniche" (Andreoli, Cassano e Rossi, 1988, p. 32), e successivamente "Disturbi Clinici" (idem, 2001, p. 41). Anche l'ultimo volume della serie si definisce come «una classificazione categoriale di disturbi distinti» (Biondi e Maj, 2014, p. LIV). Così pure l'indice del *CD03* (Muratori e Maestro, 2008) presenta in massima parte "disturbi". Invece la neonata serie *PDM*, a partire dalla recentissima seconda edizione (Lingiardi e McWilliams, 2018), accanto ai "disturbi" reintroduce le "sindromi". Diversamente, la classificazione *ICF* (Leonardi, 2002) non lascia emergere alcuna prevalenza lessicale, costituendo una elencazione sistematica di tutti gli aspetti della vita umana valutabili. Guardando poi ad uno degli ultimi volumi della serie *NANDA* (Rigon, 2015), la parola più usata nelle stringhe diagnostiche è *rischio*, che occorre in 79 delle 235 voci complessive; in pratica un terzo. Soffermiamoci dunque su questo dato, per trarne qualche insegnamento.

Il rischio è un oggetto di diagnosi del tutto particolare, poiché è costituito dal nulla più assoluto. Esso «capovolge la relazione tra passato, presente e futuro. Il passato perde il proprio potere di determinare il presente. Il suo posto, come causa dell'esperienza e dell'agire presenti, è preso dal futuro, vale a dire da qualcosa di non-esistente, costruito e fittizio» (Beck, 1999, p. 330). Il rischio (di qualsiasi cosa) entificato in un manuale diagnostico, dà spessore a quella "società dell'incertezza" già intravista alla fine del secolo scorso, e intesa come «uno stato di costante vigilanza contro tutto ciò che anche solo vagamente potrebbe avvicinarsi all'anormalità» (Bauman, 1999, p. 134). Così la paura, dopo il primo, storico lavoro in argomento (Mosso, 1884), torna oggi ad essere considerata in tutti i suoi aspetti – per una rassegna rinviamo a Madoz, 2001. Nella cosiddetta "società del rischio" non c'è però da illudersi: «Più cerchiamo di "colonizzare" il futuro con l'aiuto della categoria del rischio, più esso sfugge al nostro controllo» (Beck, 1999, p. 332).

Sebastiano Vassalli, nel dizionario semiserio *Il Neoitaliano*, aveva descritto una nuova espressione: "a rischio". «Il boom di questa locuzione, nei banali anni Ottanta, va messo in rapporto con la paura dell'aids [...]. Dall'aids, poi, il rischio tracimò in ogni attività e in ogni settore della vita sociale: ci furono comportamenti *a rischio*, persone *a rischio*» (Vassalli, 1989, pp. 9-10). Lo scrittore, che spesso preferiva la descrizione al passato, aveva così voluto anticipare, ottimisticamente, il definitivo superamento di un linguaggio ormai diventato intollerabile.

• Una realtà che si fa e si disfa

Il continuo aumento di volume dei manuali diagnostici non dipende da un processo puramente cumulativo di sempre nuove formulazioni; ma si può evidenziare un "saldo naturale" che è costantemente positivo: i nati (le stringhe diagnostiche di nuovo conio) superano sempre i morti (le

stringhe diagnostiche abbandonate). Esistono infatti anche dei costrutti che, affermatisi nel corso di diversi anni, vengono poi ritirati. L'esempio più interessante è il *disturbo del Campo di energia* descritto in uno dei primi manuali *NANDA* (Calamandrei, 2008, p. 29), ridenominato poi *Campo di energia disturbato* e quindi rimosso dalla tassonomia della penultima edizione: era uno stato definito come «grave alterazione del flusso di energia che sta intorno all'essere della persona, con conseguente disarmonia del corpo, della mente e/o dello spirito» (Rigon, 2015, p. 435), e la sua soppressione sembrerebbe indicare un declino dell'universo simbolico di tipo "new age". Questa è però anche una dimostrazione che la realtà fatta di parole si fa e si disfa: il concetto di "obsolescenza programmata" (Latouche, 2012), in un prossimo futuro sarà forse applicabile anche ai contenuti culturali, oltre che alle merci. Certo è che le classificazioni diagnostiche appaiono sempre più come un settore del linguaggio tecnico-scientifico dove non esiste riparo dalle sorprese gnoseologiche.

• Il linguaggio dei manuali diagnostici come fenomeno culturale

Italo Calvino, in *L'antilingua*, aveva colto il progressivo affermarsi di una comunicazione vuota e complicata, incapace di raccontare la realtà: «Caratteristica principale dell'antilingua è quello che definirei il "terrore semantico", cioè la fuga di fronte a ogni vocabolo che abbia di per se stesso un significato». E poco oltre, con singolare preveggenza: «Se il linguaggio "tecnologico" [...] si innesta sull'antilingua ne subirà immediatamente il contagio mortale, e anche i termini "tecnologici" si tingeranno del colore del nulla» (Calvino, 1965, pp. 151-152). Il linguaggio dei manuali diagnostici è la massima espressione dell'antilingua contemporanea: centinaia di voci in stile clinico che traducono in termini altisonanti buona parte degli aspetti più naturali del

vivere. L'enorme quantità di costrutti "scientifici" elencati nelle classificazioni diagnostiche sembra indicare un «totalitarismo linguistico *in fieri*» (Doliana, 2015, p. 35): è come se ci trovassimo di fronte alla costruzione di una mappa del mondo in scala 1:1 costantemente aggiornata.

In campo letterario è abbastanza ricorrente il tema fantastico della paradossale "mappa in scala uno a uno", metafora cartografica di qualsiasi descrizione con pretese di completezza assoluta. A seconda degli autori, questa mappa è stata vista come controproducente (Carroll, 1893), inutile (Borges, 1960a), impossibile (Eco, 1992) o, addirittura, insufficiente a rappresentare il mondo umano (Saramago, 1997). Lewis Carroll, in *Sylvie e Bruno*, sembrò intuire le conseguenze di quello che adesso chiamiamo linguaggio diagnostico: una mappa 1:1 che, una volta dispiegata, «avrebbe coperto tutta la campagna e offuscato la luce del sole» (Carroll, 1893, p. 291). Oggi una comunicazione ipertrofica, che si pretende scientifica, rende difficile vedere la realtà: quella "pesante crosta di discorsi" già citata nel prologo deve essere incisa, e richiede perciò un qualche intervento.

Conseguenze per la Pedagogia della Comunicazione

Lo studio del linguaggio diagnostico non avrebbe alcun senso formativo se non facesse riferimento a un quadro generale ben più consistente: la preoccupazione per le sorti della lingua, ovvero, in termini meno austeri, la passione per i modi della comunicazione umana e per il loro cambiamento. La ricerca fin qui condotta ha permesso di sostanziare un insieme di concetti basilari in tema di diagnosi, su cui costruire una Pedagogia della Comunicazione utile a tutti coloro che lavorano nel campo della formazione. I contenuti didattici, nelle diverse declinazioni operative, dovrebbero avere questi obiettivi comuni: la messa in guardia dai feno-

meni di ipostatizzazione e di personificazione dei concetti, e la riabilitazione di quei registri espressivi che realizzano il valore pedagogico della "semplicità" (Pacucci, 2005, pp. 379-380).

La comunicazione può e deve essere educata

Nonostante quest'epoca di condizionamento da videoschermo, descritta da Giovanni Sartori in *Homo videns* (Sartori, 1999), assumiano il postulato che la comunicazione è «*educabile*, ossia più consapevolmente orientabile al miglioramento delle performance personali e sociali» (Semeraro, 2007, p. 11). Storicamente, «Ogden e Richards avevano auspicato, già nel primo quarto di secolo del Novecento, un'educazione del pubblico alla comunicazione. Questa attività avrebbe assorbito a loro vedere il senso più ampio di *educazione*» (ivi, p. 26). La finalità di un intervento in Pedagogia della Comunicazione sarà quindi emancipativa, focalizzandosi sui contenuti di conoscenza tacita, apparentemente inestirpabili, per mostrarne l'inconsistenza.

Gli Autori del triangolo semiotico erano affascinati dal problema dell'ipostatizzazione, o "potenza delle parole", alla quale avevano dedicato un intero capitolo del loro classico: «Se non si afferra pienamente l'influsso profondo delle superstizioni legate alle parole, non si comprende la stabilità di certe diffusissime abitudini linguistiche le quali viziano ancora perfino il più attento processo di pensiero» (Ogden e Richards, 1923, p. 52). E più oltre: «Sotto certi punti di vista il XX secolo soffre più di qualsiasi età precedente dei guasti di queste superstizioni verbali [...]. La persistenza dei concetti linguistici primitivi [...] è anzi uno dei tratti più curiosi del pensiero moderno» (ivi, p. 56).

Nella conclusione di quel capitolo, Ogden e Richards considerarono quindi gli effetti ipnotici delle frasi seman-

ticamente vuote ma sintatticamente ben formate, che dimostrano non tanto la potenza delle parole ma la potenza delle strutture logiche. L'esempio da loro riportato è una breve frase costituita da termini inesistenti, eppure adeguati alla fonotattica dell'inglese: «The gostak distims the doshes», che nella traduzione italiana venne resa con «Il fantasio discroccia le scorpelle» (ivi, p. 69). Questa frase "nonsense" di inizio Novecento (Ingraham, 1903, p. 154), nelle versioni spagnola e tedesca dell'Ogden e Richards venne riprodotta rispettivamente con «El gosta distima a los doches» e con «Der Gostak dispimmt die Doschen» (per i riferimenti completi si veda la bibliografia alla fine di questo saggio). Si tratta di un enunciato di tipo descrittivo, a struttura soggetto-verbo-oggetto, che implica precise conseguenze logiche. Il commento di Ingraham riportato da Ogden e Richards è il seguente: «Voi non sapete che cosa significhi; e neppure io. Ma se supponiamo che si tratti della nostra lingua, sapremo che *le scorpelle sono discrocciate dal fantasio*. Sapremo anche che *un discrocciatore delle scorpelle è un fantasio*. Se, inoltre, le scorpelle sono *garlioni*, sapremo che *alcuni garlioni sono discrocciati dal fantasio*. E possiamo andare avanti così, e spesso andiamo avanti così» (Ogden e Richards, 1923, p. 69). Insomma, apprendiamo per automatismo, senza preoccuparci che il contenuto sia veramente sensato. Purtroppo, i meccanismi del "nonsense" possono sovrapporsi ai più svariati settori e linguaggi, coinvolgendo anche la «trattatistica (paradossalmente) più seria» (Antonelli e Chiummo, 2008, p. 8).

In un commento filosofico uscito due anni dopo la traduzione italiana dell'Ogden e Richards, era stata sottolineata l'importanza formativa della distinzione tra parole, pensieri e cose: «A volte, si ha l'impressione, che il parlante, più che ipotizzare una relazione tra parola e cosa, simbolo e referente, identifichi *tout court* i due termini. Il "modo materiale di parlare" testimonia una distorsione nella impostazione di

rapporti tra i due ordini di eventi (quelli simbolici e quelli, per dir così, ontologici)» (Lauretano, 1968, pp. 600-601). Detto altrimenti: «Bisogna guardarsi dal feticismo del simbolo; questa la norma costante dal punto di vista degli Autori. Che alcune parole abbiano il loro correlato referenziale, non prova che tutte le parole siano correlabili a un qualche riferente» (ivi, pp. 609-610). Pur considerando anche i gravi limiti di Ogden e Richards (primo fra tutti la superficiale liquidazione di alcuni tra i più grandi autori della linguistica), «una vocazione terapeutico-pedagogica è presente, come un sottofondo, dietro ogni pagina. L'aspetto di denuncia e la portata contestativa dell'opera trovano la propria giustificazione migliore proprio in una tale intenzione educativa e risanatrice» (ivi, p. 621).

Come educare la comunicazione

Dopo Ogden e Richards, eccessivamente ottimisti sul piano pedagogico, arriveranno altri autori, come il già citato Quine, che saranno costretti a riconoscere al pensiero umano una tendenza naturalmente reificante, e una oggettiva difficoltà a prenderne le distanze. Le ricerche contemporanee sull'apprendimento sembrano infatti dimostrare che la riflessione metalinguistica, il distanziamento dalle epistemologie ingenue e il cambiamento dei registri comunicativi si realizzerebbero soltanto a livelli d'istruzione molto elevati; e per approssimarsi a questi obiettivi apicali dovrebbe essere comunque soddisfatta una precondizione: «Appare evidente l'importanza di dare agli insegnanti, fin dai primi momenti di formazione iniziale, l'opportunità di riflettere [...] sul proprio sistema di convinzioni» (Mason, 2001, p. 257).

Un modo per educare alla semplicità della comunicazione consiste nel presentare esempi linguistici negativi, a partire dai quali sia possibile sviluppare una riflessione.

Prenderemo in esame le insidie del “nonsense combinatorio” e delle “perifrasi eufemistiche”, infine accenneremo allo strano fenomeno dell’uso coatto delle maiuscole facoltative.

• L’arte di costruire frasi senza senso

Il giocattolo linguistico che qui vi mostriamo (v. Tab. 2) era stato messo a punto da Marco Marchi (Università di Pisa) e Piero Morosini (Istituto Superiore di Sanità), e pubblicato sul “Corriere della Sera” del 14 maggio 1981; ottenne poi una vasta notorietà quando venne riprodotto in *Impariamo l’italiano* di Cesare Marchi (1984), con la denominazione di “Prontuario di frasi a tutti gli usi per riempire il vuoto di nulla”. Ne presentiamo un breve estratto dall’ultima edizione.

Tabella 2. *Prontuario di frasi a tutti gli usi per riempire il vuoto di nulla* (stralcio).

L'utenza potenziale	si caratterizza per	il ribaltamento della logica assistenziale preesistente	nel primario interesse della popolazione	sostanziando e vitalizzando	nei tempi brevi, anzi brevissimi	la trasparenza di ogni atto decisionale
Il bisogno emergente	privilegia	il superamento di ogni ostacolo e/o resistenza passiva	senza pregiudicare l'attuale livello delle prestazioni	recuperando ovvero rivalutando	in un'ottica preventiva e non più curativa	la non sanitarizzazione delle risposte
Il quadro normativo	prefigura	un organico collegamento interdisciplinare ad una prassi di lavoro di gruppo	al di sopra di interessi e pressioni di parte	ipotizzando e perseguendo	in un ambito territoriale omogeneo, ai diversi livelli	un indispensabile salto di qualità

Marchi C. (1984), *Impariamo l'italiano*, Milano, Rizzoli, 2013, p. 198.

La griglia originale è di sette colonne per dieci righe, dunque contiene settanta segmenti di frase. Questi sono fatti tutti di parole dotate di significato; ma si possono costruire fino a dieci milioni di frasi (10^7) semanticamente vuote: «Basta scegliere a caso una voce per colonna: un soggetto dalla prima, un verbo dalla seconda, un complemento oggetto dalla terza e così via. Con la tavola può anche essere divertente saltare qua e là e comporre periodi sintatticamente impeccabili, in apparenza anche dotati di senso, ma in effetti stranianti» (Pardini, 2008, p. 320). Il lavoro di Marchi e Morosini si fondava sul materiale lessicale ricavato da vari Piani sanitari regionali: le parole e le locuzioni più frequenti sembrarono essere state scritte badando più alle mode del linguaggio burocratico piuttosto che alla chiarezza.

Analoga griglia 7x10 venne poi utilizzata nella messa a punto di un "generatore di frasi scientifiche senza senso", una macchina combinatoria ideata da Mario Rigutti, già direttore dell'Osservatorio astronomico di Capodimonte (Bernardini, 1995, pp. 114-115). A differenza di ciò che si potrebbe pensare, una tabella di questo tipo può essere infatti costruita anche utilizzando materiale del tutto estraneo al linguaggio burocratico. Il lavoro di Rigutti in campo astronomico ci dice che addirittura nelle Scienze naturali si può cadere nel tranello dei «"parolatori", maestri nell'arte del "dolce dir niente"» (Marchi, 1984, p. 197), e ci fa osservare che «il numero di frasi con apparente rispettabilità scientifica, che si possono scrivere utilizzando il linguaggio comune, è una funzione molto rapidamente crescente della lunghezza della frase» (Bernardini, 1995, p. 114). In pratica, più una frase costruita per frammenti sconnessi è lunga, più essa potrà apparire in qualche modo sensata; e il lettore, anche esperto, proverà «un senso di smarrimento e di fastidio, più che di rifiuto» (ivi, p. 116).

Entriamo così nel campo delle tecniche ipnotiche: «La *tecnica della confusione* di Erickson [...] consiste essenzialmente nel creare uno stato di confusione intellettuale – sia mediante

l'uso di spiegazioni pseudologiche dall'apparenza estremamente complicata, sia parlando in modo serio, e quindi sconcertante, delle cose più banali» (Watzlawick, 1977, p. 91). Le tabelle dei generatori di frasi, disponibili anche in rete, sono dunque da considerarsi non solo come strumenti di gioco ma come vere e proprie risorse didattiche per favorire la consapevolezza degli aspetti ipnotici del linguaggio. Una volta rivelata, la comicità delle espressioni artatamente complesse proprie del nonsense combinatorio potrà favorire, per contrasto, la riflessione semantica orientata all'adozione di modalità comunicative più semplici e rispettose dell'interlocutore.

• L'abitudine all'ipocrisia comunicativa

Direttamente connesso al linguaggio diagnostico è il tema della correttezza linguistica come obbligo sociale, una modalità comunicativa che si basa sull'uso sistematico di perifrasi eufemistiche: «Il parlare odierno, specie nelle frange burocratiche e pseudotecniche, sembra particolarmente incline alla perifrasi, che vuol essere eufemistica: per es., *i non udenti* per "i sordi", "i sordastri" ovvero "i deboli di udito"» (Mortara Garavelli, 1988, p. 170).

Già trent'anni fa, il linguaggio promosso dalla nuova scheda di valutazione degli studenti si prestò a vari commenti critici. Sarcasticamente, Cesare Marchi osservava: «Fu severamente vietato usare gli antichi vocaboli "sufficienza" e "insufficienza" e gli insegnanti corsero a consultare il dizionario dei sinonimi. Che cosa si scriverà al loro posto? Abbondanza e penuria? Sazietà e manchevolezza? Copiosità e carenza? La locuzione brusca, ma veritiera "non capisce, non si applica" fu tradotta "soffre di una discrepanza tra capacità intellettiva e ritmi operativi dovuta all'ambiente socioeconomico che emargina i ceti subalterni"» (Marchi, 1984, p. 208). La perifrasi eufemistica ha però «una salda tradizione, radicata nella decenza, nella buona creanza e nel rispetto dell'altrui sensibilità» (Mortara Garavelli, 1988, p. 170).

Il linguaggio diagnostico, qui teorizzato, rappresenta un'evoluzione di quella che, nel secondo dopoguerra, era stata ironicamente chiamata "LTI – Lingua Tertii Imperii" (Klemperer, 1947, p. 25); la quale, in tempi molto più recenti, venne siglata "Lgm – Linguaggio geneticamente modificato" (Di Michele, 2004, p. 5), e concettualizzata anche come "LNAe – Lingua Nostrae Aetatis" (Zagrebelsky, 2010, p. 10). Premesso che la lingua «indirizza tutto il mio essere spirituale quanto più naturalmente, più inconsciamente mi abbandono a lei» (Klemperer, 1947, p. 32), il problema originale era questo: «E se la lingua colta è formata di elementi tossici o è stata resa portatrice di tali elementi? Le parole possono essere come minime dosi di arsenico: ingerite senza saperlo sembrano non avere alcun effetto, ma dopo qualche tempo ecco rivelarsi l'effetto tossico» (ibidem). In questo processo di manipolazione, la realtà non viene negata frontalmente ma viene rivestita di «appropriate parole dette e ridette secondo il motto di Joseph Goebbels: "Ripetete una cosa qualsiasi cento, mille, un milione di volte e diventerà verità"» (Zagrebelsky, 2010, p. 8). Come agli inizi del Novecento – ancor prima della Grande Guerra – sembrava del tutto ovvia una valutazione del "materiale umano", che poteva essere distinto in "buono" o "scadente" (Klemperer, 1947, p. 190), oggi sembra abbastanza accettabile una diagnosi di "funzionamento" applicata non solo ai nostri simili ma a noi stessi.

Naturalmente i contesti sono cambiati, e bisogna tener conto che «quando due si servono della medesima forma di espressione non è detto che siano mossi dalla medesima intenzione» (ivi, pp. 200-201). Eppure bisogna vigilare, poiché «siamo immersi in una lingua che ci sovrasta, elaborata e diffusa nei circuiti della comunicazione, carica di sottintesi che ci avvolgono come in un intreccio di significati che sembrano indipendenti da noi, perché li accogliamo come ovvi, non contestabili, e dotati di una propria persuasività che non ha bisogno d'essere dimostrata ogni volta» (Zagrebelsky, 2010,

p. 9). Secondo un'opinione di Whitehead, «il curriculum medico sarebbe un "lungo e sistematico corso di esercitazione alla verbosità"» (Serianni, 2005, p. 23); adesso, però, la comunicazione di tipo clinico non riguarda soltanto i medici ma tutte le altre professioni socio-sanitarie, a cui vanno aggiunti gli insegnanti e tutte le altre professioni di area psico-pedagogica.

I programmi di aggiornamento professionale permanente obbligatorio, che in Italia riguardano circa un milione di lavoratori di area *Med* (Pasqualotto, 2008, p. 228) e quasi altrettanti di area *SE* (Intravaia, 2012, p. 5), costituiscono probabilmente uno dei principali veicoli di naturalizzazione del linguaggio diagnostico. Il fenomeno della scuola-ospedale, «dove l'insegnante è investito di poteri sanitari delegati» (Illich, 1976, p. 105), è l'intuizione di un visionario che si è fatta realtà: la valutazione dei "disturbi specifici dell'apprendimento" (DSA) e dei "bisogni educativi speciali" (BES) è diventata infatti un'attività del tutto ordinaria e in forte incremento (Goussot, 2015, pp. 30-34; Novara, 2017, p. 14). Gli insegnanti non si occupano più di allievi che hanno qualche difficoltà, ma vengono trasformati, volenti o nolenti, in manipolatori di vuote e complicate categorie diagnostiche. Resta però un punto fermo: «Nessuna politica di igiene verbale può modificare la semantica» (Crisafulli, 2004, p. 98); come a dire che le forzature del linguaggio prima o poi vengono scoperte e messe in ridicolo.

• La moda delle maiuscole

Gli esempi linguistici negativi sopra presentatati, che costituiscono l'opposto della semplicità comunicativa, non esauriscono la nostra proposta di riflessione. La Pedagogia della Comunicazione dovrebbe saper approfondire anche altri aspetti, e la teoria del linguaggio diagnostico può dare il suo contributo originale. Innanzitutto si tratta di tornare a comprendere cosa sono i concetti, e quali problemi pongono. Laura Boella, introducendo l'opera di Hans Blu-

menberg, spiega: «I concetti sono nomi, che diamo alle nostre rappresentazioni dei più diversi oggetti. I concetti sono dunque costruzioni più o meno arbitrarie finalizzate a fare ordine nel caos della realtà e a fornire orientamento per l'agire. Ne conseguono dispute continue sulla loro legittimità e sul servizio da essi prestato. I concetti hanno pertanto una vita e un destino, una fisiologia e una patologia» (Boella, 2004, p. 11). Il discorso fin qui svolto, in effetti, non è altro che una ricerca attorno a sistemi concettuali malati.

La pista di approfondimento che adesso proponiamo ha come tema un fatto curioso: la reificazione dei concetti clinici mediante l'uso coatto delle maiuscole facoltative. L'evidenza più importante che aveva ispirato il primo lavoro in argomento (Doliana, 2010) era la personificazione delle stringhe diagnostiche realizzata per mezzo dell'uso esorbitante delle maiuscole in inizio di parola. L'aspetto interessante è che questo fenomeno stilistico è instabile: le maiuscole, a parità di contesto comunicativo (la manualistica diagnostica in lingua italiana), appaiono e scompaiono.

In ogni lingua l'uso delle maiuscole è soggetto a regole: per esempio in tedesco i sostantivi si scrivono con l'iniziale maiuscola, mentre tutti gli altri elementi grammaticali vanno in minuscolo. Le iniziali maiuscole, obbligatorie per tutti i sostantivi tedeschi, costituiscono un vantaggio concettuale, impedendo di stabilire gerarchie tra oggetti di conoscenza: «A Berlino, un cavolo (*der Kohl*) vale un vecchio statista (*Herr Kohl*)» (Severgnini, 2007, p. 166). In italiano, invece, l'uso del minuscolo è pressoché generalizzato: il maiuscolo ci vuole solo all'inizio di un periodo e per i nomi propri, altrimenti dipende dalle situazioni.

In un testo di grammatica italiana si affermava che «la maiuscola facoltativa è oggi in generale regresso» (Serianni, Castelvecchi e Patota, 1997, p. 45). Tuttavia, secondo l'approccio sociolinguistico, «nell'ambito delle mode grafiche, pare in espansione l'uso delle maiuscole iniziali

per enfatizzare ed elativizzare nomi comuni e sintagmi nominali, rendendoli una sorta di esemplare archetipico o di quintessenza del significato che veicolano» (Berruto, 2012, p. 103). I più noti manuali di linguaggio diagnostico seguirono quella moda.

La serie *DSM* è la più interessante per uno studio diacronico. Nelle stringhe diagnostiche anche gli aggettivi erano in maiuscolo, come nel caso di *Disfunzione Psicosessuale Atipica* (Andreoli, Cassano e Rossi, 1983, p. 310) e *Problema Coniugale* (idem, 1988, p. 431); pure i titoli dei capitoli seguivano la regola del maiuscolo sistematico, come in questo esempio, rimasto insuperato: "Disturbi Solitamente Diagnosticati per la Prima Volta nell'Infanzia, nella Fanciullezza o nell'Adolescenza" (idem, 1995, p. xxiii; idem, 2001, p. vii). Poi più nulla. Con l'ultima edizione del *DSM* tutte le maiuscole facoltative risultano abolite – a parte quella del primo termine del titolo diagnostico. Per esempio: *Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente* (Biondi e Maj, 2014, p. 180). C'è da chiedersi cosa fosse successo nel frattempo; una risposta, parziale, l'abbiamo trovata.

Un decennio fa uscì la prima edizione del *PDM*. Al termine della presentazione del capitolo "Pattern e disturbi di personalità", venne annotato che i vari tipi di personalità «sono prototipi che nessun singolo paziente può incarnare in modo esatto [...]. Per questo motivo non faremo riferimento alle entità diagnostiche con le iniziali maiuscole (per esempio, pazienti con Disturbo Borderline di Personalità) ed eviteremo gli acronimi» (Lingiardi e Del Corno, 2008, p. 24). L'annotazione precisava: «Evitando le maiuscole e gli acronimi stiamo anche cercando di resistere alla tendenza [...] a reificare sindromi complesse, implicando che siano "entità" identificabili» (ibidem).

Anche in letteratura erano emerse chiare posizioni contro l'uso eccessivo delle maiuscole. Ascoltiamo José Saramago, in alcuni brani tratti dal saggio *La parola Speranza*: «In

Portogallo si è fatto un grande abuso delle maiuscole. Nei discorsi politici, nel giornalismo, nei rituali delle inaugurazioni fervono gli Ideali, l'Umanità, la Patria e la Famiglia, il Dovere, le Scoperte; tutto ciò con frasi forbite e pompose, tanto più risonanti quanto più vacue [...]. Adesso, nel circuito delle idee, è apparsa la parola *speranza* seguita subito dopo dalla tentazione di gonfiare la lettera iniziale mutando la s in S. È una operazione che ha a che vedere con la magia [...]. Ora, da questo mio lato poco incline alle illusioni, scoprii che la retorica non è degna compagnia per gente che vuole pensare in modo serio e con il proprio cervello [...]. Per dirla meglio: il male di coloro che pensano con maiuscole è che quelle maiuscole occupino troppo spazio: mezza dozzina di esse intorpidiscono e intasano del tutto o per sempre qualsiasi cervello, anche geniale» (Saramago, 2010, pp. 17-18).

Contro la "maiuscolite", la quale, definita in stile clinico, è «una dermatite testuale che si manifesta con un'esplosione di lettere maiuscole» (Severgnini, 2007, pp. 21-22), già negli anni Venti del secolo scorso si era schierata la rivista tedesca "bauhaus", emanazione dell'omonimo istituto di architettura e design. Sulla carta intestata di quella prestigiosa scuola si poteva leggere questa simpatica avvertenza: «Scriviamo sempre in minuscolo perché così risparmiamo tempo [...]. Perché scrivere a lettere maiuscole dal momento che non si parla a lettere maiuscole?» (Droste, 1990, p. 139).

Per quel che ci riguarda, ci accontentiamo di aver posto all'attenzione dei lettori un fatto storico, seppur minimo: dopo un trentennio di "maiuscolite", il prototipo dei manuali diagnostici contemporanei ha convertito tutte le diagnosi in minuscolo. La causa forse non sta nell'aver dato credito alla serissima annotazione del *PDM* già citata. Come scherzosamente ci spiega Stefano Benni, nel suo *Il bar sotto il mare*, esisterebbe uno strano insetto che mangia le maiuscole, e che vive tra le pagine dei libri: la "cimice maiofaga" (Benni, 1987, p. 31), una fedele alleata di tutti i nemici della prosopopea.

In conclusione

Delle due accezioni di *linguaggio diagnostico* qui presentate, abbiamo sviluppato in modo particolare quella stretta, equivalente a "contenuto dei manuali di classificazione". Questo nostro lavoro critico è anche un invito a prendere contatto direttamente con quelle opere, poiché il lettore e la lettrice potrebbero rintracciarvi aspetti che qui non sono stati colti.

Considerando l'Italiano quale lingua-oggetto, abbiamo unicamente voluto descrivere un fatto inconfessabile: «L'aumento delle diagnosi nei paesi industrializzati ha assunto dimensioni grottesche» (Blech, 2003, p. 16). Come abbiamo visto, una diagnosi non corrisponde automaticamente a una malattia, ma già un secolo fa Karl Kraus aveva intuito che «una delle malattie più diffuse è la diagnosi» (Calasso, 1992, p. 53). Il panorama in lingua italiana riflette però soltanto una parte del fenomeno: nel mondo ci sono molti manuali diagnostici non tradotti, dei quali non supponiamo nemmeno l'esistenza. In un numero monografico della rivista "Psychopathology" vennero presentate varie classificazioni di interesse multidisciplinare, tra cui la francese *CFTMEA* (Mises et al., 2002), la cubana *GC* (Otero-Ojeda, 2002) e la cinese *CCMD* (Chen, 2002). Queste realtà indicano che il linguaggio diagnostico non è un fenomeno circoscrivibile all'area culturale a dominanza nordamericana, della quale facciamo parte, ma è per davvero globale.

Il voler dare chiarezza alla realtà, ordinandola in classi o categorie, è un'attività intellettuale costante nella storia: l'essere umano ha classificato di tutto, anche i peccati capitali, e si è serissimamente chiesto se fossero sette piuttosto che otto (Penco, 1969). Col Rinascimento questo linguaggio analitico inizia ad essere esercitato tra gravità e frivolezza, come negli interminabili elenchi del *Gargantua e Pantagruele*, «in un continuo passaggio dai più diversi modi del comico e

del favoloso ad un tono serio, solenne» (Bonfantini, 1953, p. xi). Durante il Novecento questo stile diventerà materia per la critica letteraria e la filosofia del linguaggio, prendendo a modello la tassonomia fantastica di un'enciclopedia cinese degli animali (inventata da Borges), che considera indifferentemente animali "appartenenti all'Imperatore", "imbalsamati", "ammaestrati", "lattonzoli", "sirene" e così via (Borges, 1960b, p. 104; Foucault, 1966, p. 5; Eco, 1993, p. 222).

Facciamo allora un riepilogo delle stringhe diagnostiche qui presentate a vario titolo: *Acquisto di libri, compulsivo*; *brucellosi*; *bulimia*; *Campo di energia disturbato*; *Comportamento dirompente*; *Difficoltà di gestione della casa*; *Disfunzione Psicosessuale Atipica*; *Disponibilità a migliorare la Comunicazione*; *Disturbo da ansia di malattia*; *Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente*; *Disturbo da lutto persistente complicato*; *disturbo del Campo di energia*; *Disturbo dell'Addormentamento*; *febbre maltese*; *febbre mediterranea*; *febbre ondulante*; *insonnia pistoria*; *Lutto*; *Lutto complicato*; *maiuscolite*; *megalobancomania*; *morbo del fornaio*; *morbo di Bang*; *ortoressia nervosa*; *Problema Coniugale*; *Problema Religioso o Spirituale*; *Rischio di autostima cronicamente scarsa*; *Rischio di lutto complicato*; *Sensazione correlata alla cute*; *sindrome del bancone*; *Tricotillomania*; *Vivere invece di leggere, tendenza a*.

Per Pietro Verri «gli uomini sono difficilissimi a contentarsi delle cose e facilissimi a contentarsi delle parole» (Carcano, 1834, p. 118; Serianni, 2016, p. 34). La serie terminologica appena vista comprende le voci in stile clinico ricavate sia dai manuali diagnostici che dai diversi testi citati a commento: la sua lettura spaesante ci dice che, nel mondo delle parole, il verosimile e l'inverosimile sono intercambiabili, e possono abitare tanto la dimensione scientifica quanto quella dell'intrattenimento.

In quest'epoca postmoderna, o di "fine della storia", praticamente «non è possibile distinguere fra l'assoluta serietà e

un'altrettanto assoluta ironia» (Agamben, 2002, p. 17). Lo spettacolo «cancella ugualmente i limiti del vero e del falso» (Debord, 1967, p. 158), e «il principio di realtà è chiamato a difendersi, oggi, di fronte ad un tribunale in cui il principio di piacere è il giudice che presiede la corte» (Bauman, 1999, p. 9). Fortunato Depero era un Futurista che sognava un mondo da ricostruire attraverso l'arte: nel 1927 aveva teorizzato il "teatro magico", fatto di «inverosimiglianze esagerazioni e buffonate in libertà, tutto inventato e paradossale» (Lista, 2012, p. 120). Questo slogan ci è sembrato capace di sintetizzare il nostro punto di vista estetico sul linguaggio diagnostico contemporaneo.

Note Bibliografiche

Abbagnano N. (1961), *Entità*. In G. Fornero (a cura di), *Dizionario di filosofia di Nicola Abbagnano*, Torino, Utet, 2001, p. 371.

Agamben G. (2002), *L'aperto. L'uomo e l'animale*, Torino, Bollati Boringhieri.

Andreoli V., Cassano G.B. e Rossi R. (a cura di) (1983), *DSM-III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson.

Andreoli V., Cassano G.B. e Rossi R. (a cura di) (1988), *DSM-III-R. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson, 1990.

Andreoli V., Cassano G.B. e Rossi R. (a cura di) (1995), *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson, 1996.

Andreoli V., Cassano G.B. e Rossi R. (a cura di) (2001), *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Elsevier Masson, 2009.

Antiseri D. (2008), *Prefazione*. In F.A. von Hayek, *L'abuso della ragione*, Catanzaro, Rubbettino, pp. 5-20.

Antiseri D. e Cagli V. (2008), *Dialogo sulla diagnosi. Un filosofo e un medico a confronto*, Roma, Armando.

Antonelli G. e Chiummo C. (2008), *Premessa*. In G. Antonelli e C. Chiummo (a cura di), *Nominativi fritti e mappamondi. Il "nonsense" nella letteratura italiana*, atti del convegno di Cassino, 9-10 ottobre 2007, Roma, Salerno Editrice, 2009, pp. 7-8.

Barbetta P. (a cura di) (2003), *Le radici culturali della diagnosi*, Roma, Meltemi.

Barthes R. (1957), *Miti d'oggi*, Torino, Einaudi, 1994.

Barthes R. (1959), *Appendice*. In R. Barthes, *Miti d'oggi*, Torino, Einaudi, 1994, pp. 239-271.

Battaglia S. (1966), *Grande dizionario della lingua italiana*, vol. 4, Torino, Utet.
Bauman Z. (1999), *La società dell'incertezza*, Bologna, Il Mulino.
Beck U. (1999), *Ritorno alla società del rischio. Teoria, politica, critiche e programmi di ricerca*. In U. Beck, *La società del rischio. Verso una seconda modernità*, Roma, Carocci, 2000, pp. 325-347.
Benni S. (1987), *Il bar sotto il mare*, Milano, Feltrinelli.
Benni S. (1997), *Bar Sport Duemila*, Milano, Feltrinelli.
Benni S. (2003), *Achille piè veloce*, Milano, Feltrinelli.
Benveduti P. (1939), *Diagnosi precoce delle infezioni microbiche della carta*, "Bollettino del R. Istituto di patologia del libro", vol. 1, n. 3, pp. 153-154.
Benveniste E. (1966), *Problemi di linguistica generale*, Milano, Il Saggiatore, 1994.
Bernardini C. (1995), *Linguaggi per la divulgazione della fisica*. In S. Valusso e S. Cerrato (a cura di), *Astrofisica e particelle elementari*, Napoli, Cuen, pp. 104-120.
Berruto G. (2012), *Sociolinguistica dell'italiano contemporaneo*, Roma, Carocci.
Berthoud E. e Elderkin S. (2013), *Curarsi con i libri. Rimedi letterari per ogni malanno*, Palermo, Sellerio.
Biblioteca Nazionale Centrale di Firenze (a cura di) (2009), *Classificazione Decimale Dewey e Indice relativo. Edizione 22*, Roma, Associazione Italiana Biblioteche.
Biondi M. e Maj M. (a cura di) (2014), *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Raffaello Cortina.
Blech J. (2003), *Gli inventori delle malattie. Come ci hanno convinti di essere malati*, Torino, Lindau, 2006.
Bobbio M. (2010), *Il malato immaginato. I rischi di una medicina senza limiti*, Torino, Einaudi.
Boella L. (2004), *Come preservare il desiderio di pensare*. In H. Blumenberg, *Concetti in storie*, Milano, Medusa, pp. 7-20.

Bonfantini M. (a cura di) (1953), *François Rabelais. Gargantua e Pantagruele*, Torino, Einaudi, 1993.
Bonfantini M.A. e Macciò M. (1973), *Materialismo contro idealismo soggettivo*. In M.A. Bonfantini, *L'esistenza della realtà*, Milano, Bompiani, 1976, pp. 197-215.
Bonfantini M.A., Bramati J. e Zingale S. (2007), *Sussidiario di semiotica, in dieci lezioni e duecento immagini*, Milano, ATì.
Borges J.L. (1940), *Tlön, Uqbar, Orbis Tertius*. In J.L. Borges, *Finzioni*, Torino, Einaudi, 1995, pp. 7-22.
Borges J.L. (1960a), *L'artefice*, Milano, Rizzoli, 1963.
Borges J.L. (1960b), *Altre inquisizioni*, Milano, Feltrinelli, 2009.
Cagli V. (2007), *La crisi della diagnosi. Cosa è mutato nel concetto e nelle procedure della diagnosi medica*, Roma, Armando.
Calamandrei C. (a cura di) (2008), *NANDA-I. Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazione 2007-2008*, Milano, Ambrosiana.
Calasso R. (1992), *Una muraglia cinese*. In K. Kraus, *Detti e contraddetti*, Milano, Adelphi, 2002, pp. 9-68.
Calvino I. (1965), *L'antilingua*. In I. Calvino, *Una pietra sopra. Discorsi di letteratura e società*, Milano, Mondadori, 2002, pp. 150-155.
Calvino I. (1983), *Mondo scritto e mondo non scritto*. In I. Calvino, *Mondo scritto e mondo non scritto*, Milano, Mondadori, 2002, pp. 104-114.
Carcano G. (1834), *Scritti vari di Pietro Verri*, vol. 2, Firenze, Le Monnier.
Cardona G.R. (1988), *Dizionario di linguistica*, Roma, Armando.
Carducci G. (1883), *Confessioni e battaglie*, Bologna, Zanichelli, 1890.
Carroll L. [Dodgson C.] (1893), *Sylvie e Bruno*, Milano, Garzanti, 1996.

Chen Y.F. (2002), *Chinese classification of mental disorders (CCMD-3): towards integration in international classification*, "Psychopathology", vol. 35, n. 2-3, pp. 171-175.
Chiaretti G. (2013), *Svolgimenti*. In L. Balbo (a cura di), *Imparare sbagliare vivere. Storie di lifelong learning*, Milano, Franco Angeli, pp. 43-55.
Corbellini G. (1996), *Diagnosi*. In G. Cosmacini, G. Gaudenzi e R. Satolli (a cura di), *Dizionario di storia della salute*, Torino, Einaudi, pp. 154-157.
Crisafulli E. (2004), *Igiene verbale. Il politicamente corretto e la libertà linguistica*, Firenze, Vallecchi.
Crookshank F.G. (1923), *L'importanza di una teoria dei segni e di una critica del linguaggio nello studio della medicina*. In C.K. Ogden e I.A. Richards, *Il significato del significato. Studio dell'influsso del linguaggio sul pensiero e della scienza del simbolismo*, Milano, il Saggiatore, 1966, pp. 384-404.
Debord G. (1967), *La società dello spettacolo*, Viterbo, Massari, 2008.
Diana R. (2014), *Tutti gli alunni sono "speciali". Il disimpegno della comunità educante ai tempi dei BES*, "Conflitti", vol. 13, n. 1, pp. 10-12.
Di Michele S. (2004), *Prefazione*. In E. Crisafulli, *Igiene verbale. Il politicamente corretto e la libertà linguistica*, Firenze, Vallecchi, pp. 5-9.
Doliana C. (2010), *Il pedagogista e l'educazione terapeutica: tra rinuncia al modello medico e rifiuto degli approcci magici*, "Professione Pedagogista", vol. 14-15, n. 34-35, pp. 26-34.
Doliana C. (2011), *La distribuzione sociale del linguaggio diagnostico e le sue conseguenze. Studio quantitativo sui titoli dei libri in commercio*, "Tutor", vol. 11, n. 2-3, pp. 38-47.
Doliana C. (2015), *La vaghezza dell'oggetto di diagnosi e la proliferazione del linguaggio diagnostico. Sviluppo storico*, "Tutor", vol. 15, n. 2, pp. 29-36.

Droste M. (1990), *Bauhaus: 1919-1933*, Colonia, Taschen, 2010.

Eco U. (1992), *Il secondo diario minimo*, Milano, Bompiani.

Eco U. (1993), *La ricerca della lingua perfetta nella cultura europea*, Roma-Bari, Laterza, 2008.

Foucault M. (1966), *Le parole e le cose. Un'archeologia delle scienze umane*, Milano, Rizzoli, 2009.

Frances A. (2013), *Primo, non curare chi è normale. Contro l'invenzione delle malattie*, Torino, Bollati Boringhieri.

Gabriel E. (2002), *Commentary on prospects for a more integrated international system of psychiatric classification and diagnosis*, "Psychopathology", vol. 35, n. 2-3, pp. 197-198.

Gallo A. (1935), *Le malattie del libro. Le cure ed i restauri*, Bologna, Forni, 2011.

Giannini C. (2010), *Dizionario del restauro. Tecniche, diagnostica, conservazione*, Firenze, Nardini.

Goussot A. (2015), *I rischi di medicalizzazione nella scuola: paradigma clinico-terapeutico o pedagogico?*, "Educazione Democratica", vol. 5, n. 9, pp. 15-47.

Grmek M.D. (1996), *Il concetto di malattia*. In M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. 2: dal Rinascimento all'inizio dell'Ottocento*, Roma-Bari, Laterza, pp. 259-289.

Hillman J. (1979), *Il mito dell'analisi*, Milano, Adelphi.

Illich I. (1976), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Milano, Bruno Mondadori, 2004.

Illich I. (1977), *Professioni disabilitanti*. In I. Illich et al., *Esperti di troppo. Il paradosso delle professioni disabilitanti*, Trento, Erickson, 2008, pp. 27-49.

Ingraham A. (1903), *Swain school lectures*, Chicago, The open court publishing company; London, Kegan Paul, Trench, Trübner & co.

Intravaia S. (2012), *L'Italia che va a scuola*, Roma-Bari, Laterza.

Klemperer V. (1947), *LTI: la lingua del Terzo Reich. Taccuino di un filologo*, Firenze, Giuntina, 2008.
Latouche S. (2012), *Usa e getta. Le follie dell'obsolescenza programmata*, Torino, Bollati Boringhieri, 2013.
Lauretano B. (1968), *Le "oscure sciarade" di Richards*, "Giornale critico della filosofia italiana", vol. 47, pp. 595-622.
Leonardi M. (a cura di) (2002), *ICF. Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*, Trento, Erickson.
Lévi-Strauss C. (1950), *Introduzione all'opera di Marcel Mauss*. In M. Mauss, *Teoria generale della magia e altri saggi*, Torino, Einaudi, 2000, pp. xv-liv.
Lingiardi V. e Del Corno F. (a cura di) (2008), *PDM. Manuale diagnostico psicodinamico*, Milano, Raffaello Cortina.
Lingiardi V. e McWilliams N. (a cura di) (2018), *PDM-2. Manuale diagnostico psicodinamico*, Milano, Raffaello Cortina.
Lista G. (a cura di) (2012), *Fortunato Depero. Ricostruire e meccanizzare l'universo*, Milano, Abscondita.
Lunari L. (a cura di) (1976), *Molière. Il malato immaginario*, Milano, Rizzoli, 2007.
Madoz V. (2001), *10 parole chiave sulle paure dell'uomo moderno*, Città del Vaticano, Libreria Editrice Vaticana.
Magli I. (2004), *Gesù di Nazaret. La storia che nessuno conosce*, Milano, Rizzoli, 2016.
Marchi C. (1984), *Impariamo l'italiano*, Milano, Rizzoli, 2013.
Mason L. (2001), *Verità e certezze. Natura e sviluppo delle epistemologie ingenue*, Roma, Carocci.
Ministero della Sanità (a cura di) (2001), *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione*, 3 voll., Roma, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato.
Ministero per i Beni e le Attività Culturali (a cura di) (2001),

Il Museo dell'Istituto centrale di patologia del libro, Roma, Istituto centrale di patologia del libro.
Mises et al. (2002), *French classification for child and adolescent mental disorders*, "Psychopathology", vol. 35, n. 2-3, pp. 176-180.
Mortara Garavelli B. (1988), *Manuale di retorica*, Milano, Bompiani, 2012.
Mosso A. (1884), *La paura*, Milano, F.lli Treves.
Muratori F. e Maestro S. (a cura di) (2008), *CD:0-3R. Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia*, Roma, Giovanni Fioriti.
Murri A. (1908), *Lezioni di clinica medica, edite ed inedite, date nella R. Università di Bologna negli anni scolastici 1905-06 e 1906-07*, Milano, Società Editrice Libraria.
Nardone G. e Salvini A. (a cura di) (2013), *Dizionario internazionale di psicoterapia*, Milano, Garzanti.
Novara D. (2017), *I bambini non sono malati, sono bambini*, "Conflitti", vol. 16, n. 2, pp. 14-20.
Ogden C.K. e Richards I.A. (1923), *The meaning of meaning. A study of the influence of language upon thought and of the science of symbolism*, London, Kegan Paul, Trench, Trubner & co.; New York, Harcourt, Brace & company; trad. it. effettuata sulla 8^ edizione inglese, London, Routledge & Kegan Paul, *Il significato del significato. Studio dell'influsso del linguaggio sul pensiero e della scienza del simbolismo*, a cura di L. Pavolini, Milano, Il Saggiatore, 1966; Milano, Garzanti, 1975 (stessa paginazione); trad. sp. *El significado del significado. Una investigacion acerca de la influencia del lenguaje sobre el pensamiento y de la ciencia simbolica*, Buenos Aires, Paidos, 1954; trad. ted. *Die Bedeutung der Bedeutung. Eine Untersuchung über den Einfluss der Sprache auf das Denken und über die Wissenschaft des Symbolismus*, Frankfurt am Main, Suhrkamp, 1974.
Orwell G. [Blair E.A.] (1949), *I princìpi della neolingua*. In G. Orwell, *1984*, Milano, Mondadori, 1983, pp. 329-342.

Otero-Ojeda A.A. (2002), *Third cuban glossary of psychiatry (GC-3): key features and contributions*, “Psychopathology”, vol. 35, n. 2-3, pp. 181-184.
Pacucci M. (2005), *Dizionario dell’educazione*, Bologna, EDB.
Pardini A. (2008), *Le perversioni del buro-sanitese*. In A. Lucchini (a cura di), *Il linguaggio della salute*, Milano, Sperling & Kupfer, pp. 319-322.
Pasqualotto L. (2008), *La formazione continua in sanità*. In C. Girelli (a cura di), *Processi e metodologie formative. Teoria e applicazioni nella scuola, nella sanità, nell’industria, nel turismo e nel terzo settore*, Trento, Erickson, pp. 223-231.
Penco G. (1969), *La classificazione dei peccati capitali in alcuni testi ascetici del secolo XII*, “Rivista di storia e letteratura religiosa”, vol. 5, n. 1, pp. 134-139.
Perniola M. (2009), *Miracoli e traumi della comunicazione*, Torino, Einaudi.
Pettinelli L. (2005), *Quando “mangiar sano” diventa un’ossessione*, “Intimità”, 20 ottobre 2005, pp. 80-81.
Piano M.G. (2006), *Nel contesto globalizzato: lavoro, formazione e imprese femminili*. In A.M. Piussi (a cura di), *Paesaggi e figure della formazione nella creazione sociale*, Roma, Carocci, pp. 43-59.
Ponzio G. (1906), *Diagnosi e rimedi in un caso di cattivo funzionamento di una trasmissione per ruote dentate*, “Il Politecnico. Giornale dell’ingegnere architetto civile ed industriale”, vol. 54, n. 4, pp. 177-186.
Quine W.V. (1960), *Parola e oggetto*, Milano, Il Saggiatore, 2008.
Rigon L.A. (2012), *NANDA international. Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazione 2012-2014. Allegati all’edizione italiana*, Milano, Ambrosiana.
Rigon L.A. (a cura di) (2015), *NANDA international. Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazione 2015-2017*, Milano, Ambrosiana.

Romains J. [Farigoule L.] (1924), *Knock o il trionfo della medicina*, Macerata, Liberilibri, 2007.
Rothenberg R.E. (1986), *Enciclopedia della medicina*, Milano, Garzanti, 1998.
Saramago J. (1997), *Tutti i nomi*, Milano, Feltrinelli, 2010.
Saramago J. (2010), *La parola Speranza*. In M. Giaveri, C. Macconi e M. Rosi (a cura di), *Parole di libertà*, Milano, SE, pp. 17-20.
Sartori G. (1999), *Homo videns. Televisione e post-pensiero*, Roma-Bari, Laterza, 2011.
Schroeder J. (1759), *Genera morborum*. In C. Linné, *Amoenitates academicae*, vol. 6, Holmiae, Laurentii Salvii, 1763, pp. 452-486.
Semeraro A. (2007), *Pedagogia e comunicazione. Paradigmi e intersezioni*, Roma, Carocci.
Serianni L. (2005), *Un treno di sintomi. I medici e le parole: percorsi linguistici nel passato e nel presente*, Milano, Garzanti.
Serianni L. (2016), *Parola*, Bologna, Il Mulino.
Serianni L., Castelvecchi A. e Patota G. (1997), *Italiano*, Milano, Garzanti, 2012.
Serrai A. (1977), *Le classificazioni. Idee e materiali per una teoria e per una storia*, Firenze, Olschki.
Severgnini B. (2007), *L'italiano. Lezioni semiserie*, Milano, Rizzoli.
Skrabanek P. e McCormick J. (1989), *Follie e inganni della medicina*, Venezia, Marsilio, 2002.
Stassi F. (2013), *Il libro dei rimedi e il rimedio dei libri*. In E. Berthoud e S. Elderkin, *Curarsi con i libri. Rimedi letterari per ogni malanno*, Palermo, Sellerio, pp. 7-11.
Szasz T.S. (1974), *Il mito della malattia mentale*, Milano, Spirali, 2003.
Tenore M. (1806), *Corso delle botaniche lezioni. Trattato di fitognosia, tomo primo: vocabolario metodico, ed alfabetico di botanica tecnologia*, Napoli, Orsiniana.

Tommaseo N. e Bellini B. (1869), *Nuovo dizionario della lingua italiana*, vol. 2, Torino, Utet.

Vassalli S. (1989), *Il Neoitaliano. Le parole degli anni Ottanta*, Bologna, Zanichelli.

Varzi A.C. (2001), *Parole, oggetti, eventi e altri argomenti di metafisica*, Roma, Carocci.

Veglia M. (a cura di) (2003), *Augusto Murri. Il cammino del vero: lezioni di clinica medica*, Roma, Carocci.

Watzlawick P. (1977), *Il linguaggio del cambiamento. Elementi di comunicazione terapeutica*, Milano, Feltrinelli, 2007.

Zagrebelsky G. (2010), *Sulla lingua del tempo presente*, Torino, Einaudi.

Zola I.K. (1977), *Medici disabilitanti*. In I. Illich et al., *Esperti di troppo. Il paradosso delle professioni disabilitanti*, Trento, Erickson, 2008, pp. 51-72.

2

La definizione di "diagnosi" nei dizionari

Premessa

Di cosa parliamo quando parliamo di diagnosi? Nei dizionari in lingua italiana la voce "diagnosi" sembra essere definita in modi non molto omogenei; ne consegue che l'uso di questa parola potrebbe essere associato a una scarsa consapevolezza del suo reale valore semantico. Eppure la diagnosi interessa molti settori, costituendo un universo simbolico rilevante per i professionisti di sei diverse aree disciplinari: Agraria-Veterinaria, Conservazione dei Beni Culturali, Economia, Ingegneria, Medicina, Scienze dell'Educazione (Doliana, 2011). Soprattutto nei contesti psico-pedagogici, la diagnosi continua a rimanere come «una sorta di "presenza" poco pensata» (Palmieri e Prada, 2005, p. 13), con ovvie ricadute sulla qualità della comunicazione. Considerando l'approccio teorico che vede la Pedagogia della Comunicazione in quanto capacità di farsi carico delle "domande inevase" (Semeraro, 2007, p. 12), abbiamo allora formulato il seguente quesito elementare: qual è il significato lessicografico della parola *diagnosi*?

Di fatto, non si riflette mai abbastanza sul significato di questo termine, che si preferisce assumere come già noto. Quando si parla di diagnosi, in qualsiasi situazione d'uso, non si considera quasi mai la sua doppia denotazione, quella di "processo" investigativo e quella di "prodotto" linguistico (Corbellini, 1996, p. 154). Nel primo caso, «diagnosi significa semplicemente *conoscere attraverso*, il termine in sé non

specifica che cosa conoscere e attraverso quali filtri» (Capararo, 2003, p. 53); ci troviamo nell'ambito della cosiddetta "diagnostica", un insieme di pratiche riguardanti un numero sempre crescente di professioni. Nel secondo caso, con "diagnosi" intendiamo un'etichetta, una stringa lessicale, il cui referente, o "oggetto di diagnosi", non è necessariamente una malattia, ma può essere un sentimento o un comportamento (Doliana, 2015, p. 30). In questo studio vedremo fino a che punto i dizionari riescono a far emergere queste distinzioni concettuali.

Cenni di lessicografia

Dal punto di vista pedagogico, le opere lessicografiche sono quei particolari sussidi didattici che plasmano normativamente la competenza lessicale dei soggetti in formazione. Una pratica d'insegnamento efficace dovrebbe «far nascere nei propri allievi l'esigenza di comprendere sistematicamente il significato delle parole che vengono usate nell'interazione didattica, sia che il messaggio provenga dall'insegnante, sia che derivi dal testo scolastico» (Borsese e Parrachino, 2015, p. 401). La funzione dei dizionari nelle più varie situazioni di apprendimento è riconosciuta da moltissimo tempo: «Il modo più ovvio di adoperare i vocabolari è quello di chi vi cerca il significato di una parola che gli riesce nuova, o della quale non riesce ad accordare il significato o i significati a lui noti con un dato contesto che gli si presenta» (Migliorini, 1946, p. 10).

Le indagini lessicografiche

Ogni opera lessicografica, al di là dell'apparenza di neutralità, riflette inevitabilmente l'ideologia del mondo cultu-

rale in cui viene prodotta, e ciò vale anche per i dizionari speciali, che nella definizione dei lemmi sembrerebbero invece dover riflettere l'obbiettività della scienza e della tecnologia (Cabré, Estopà e Lorente, 2011). Per questo motivo i dizionari dei più vari tipi vengono sottoposti ad analisi lessicali campionarie, al fine di rilevare omogeneità, incongruenze o contraddizioni riguardanti specifici campi del sapere.

A livello operativo, in ogni ricerca lessicografica si deve tener conto di almeno tre fattori: i tipi di dizionario da considerare; la quantità di opere per tipo da inserire nella collezione; il numero di lemmi da analizzare. Vediamo due esempi, che illustrano il diverso peso che ciascuno di questi fattori può avere in uno studio sistematico. Un'indagine lessicografica riferita all'area bio-medica (Longobardi, 2012) aveva posto l'attenzione su tre lemmi (*posologia*, *glicemia* e *timpanoplastica*), le cui definizioni erano state comparate su quattro dizionari speciali. In un altro lavoro, svolto su opere lessicografiche in lingua spagnola (Nomdedeu Rull, 2011), l'attenzione si era invece rivolta a un corpus costituito dalle definizioni di un unico lemma (*malsonante*), utilizzando sette dizionari generali e cinque didattici. Quest'ultimo esempio dimostra che un valido studio lessicografico può essere condotto: *a*) su diversi tipi di dizionario; *b*) su un vasto insieme di opere; *c*) su un solo lemma ritenuto strategico.

La singolarità del lemma "diagnosi"

Il nostro termine, non ancora indagato dal punto di vista lessicografico, oltre ad essere presente nel linguaggio comune è di grande rilevanza per il linguaggio tecnico-scientifico. Esso, infatti, si trova a lemma sia nei dizionari generali sia nei dizionari speciali, in particolare negli ambiti bio-medico e psico-pedagogico – che in Italia riguardano quasi due milioni di addetti. Per contrasto, come vedremo, la parola

diagnosi sembra rappresentare un costrutto semanticamente plastico, dai tratti sfumati: tale situazione conferma l'opportunità di un'analisi lessicale svolta su un esteso corpus di definizioni.

Precisazioni concettuali

Come si sarà già osservato, il termine *dizionario* è stato spesso scelto come analogo di *opera lessicografica*, termine tecnico sovraordinato che denota ogni raccolta sistematica di parole con le relative definizioni. Nella quotidianità della pratica didattica vengono consultate opere lessicografiche con denominazioni varie, tra le quali: *dizionario*, *dizionario enciclopedico*, *dizionario illustrato*, *glossario*, *lessico*, *vocabolario*. La caratteristica comune di ciò che, d'ora in avanti, chiameremo "dizionari", consiste nel presentare una selezione più o meno ampia di unità lessicali, per ognuna delle quali viene fornita una definizione: parole che spiegano parole.

Qui emerge il principale aspetto problematico della lessicografia: «La priorità dell'attenzione alle *unità lessicali* (comunem. le parole), nel loro significato lessicale nei suoi differenti aspetti, coinvolge talora il lessicografo in risposte a domande sulle cose denotate, alle tecniche e alle scienze cui la parola rinvia» (Massariello Merzagora, 1982, p. 2). Questa difficoltà pratica rimanda a un problema teorico, già segnalato dai compilatori dell'Enciclopedia francese: l'opposizione concettuale tra opera lessicografica in senso stretto (*dizionario di parole*) ed enciclopedia (*dizionario di cose*). Attualmente, considerato che «alcuni linguisti sottolineano il carattere eterogeneo del dizionario moderno» (ivi, p. 76), tale opposizione risulta superata, e il *dizionario enciclopedico* rappresenta un genere ibrido ben accolto nelle indagini lessicografiche.

Fonti

In questo lavoro vengono considerati, quale universo, i dizionari generali monolingui dell'italiano e i dizionari speciali monolingui e bilingui, considerando soltanto le opere in volume unico – le quali, si può supporre, sono le più utilizzate. Il gruppo dei dizionari generali è diviso in tre sottogruppi: *a*) dizionari scolastici minori, caratterizzati dall'aggettivo *primo* nella titolazione; *b*) dizionari scolastici maggiori, di consistenza significativa; *c*) dizionari d'autore, di alto prestigio o di alta diffusione. Il gruppo dei dizionari speciali raccoglie due sottogruppi: *a*) dizionari bio-medici; *b*) dizionari psico-pedagogici. Tale scelta è stata orientata dai risultati forniti dalla già citata ricerca sulla distribuzione sociale del linguaggio diagnostico (Doliana, 2011).

I dizionari selezionati

Tutte le opere che fanno parte della collezione sono state pubblicate all'incirca negli ultimi trent'anni, un ambito di "sincronia pratica" (Massariello Merzagora, 1982, p. 38) normalmente ammesso in indagini analoghe. Ognuno dei cinque sottogruppi è rappresentato da sei dizionari: questo accorgimento metodologico permetterà un confronto equilibrato tra le varie parti del corpus, il quale è costituito dalle definizioni del lemma *diagnosi*. Di seguito, in ordine alfabetico, vengono presentate le 30 sigle lessicografiche utilizzate (le sigle proposte dalle opere stesse sono state riprodotte senza adattamenti: ciò vale per *DIB*, *DIC*, *DIR*, *DIRE*, *DSE*, *MIOT* e *TOP*).

DEMA = *Dizionario di italiano compatto De Mauro*, a cura di D. Ossola e D. Savino, Torino, Paravia, 2004.

DEMB = *Medicina e biologia. Dizionario enciclopedico di*

scienze mediche e biologiche e di biotecnologie, italiano-inglese/inglese-italiano, a cura di G. Delfino et al., Bologna, Zanichelli, 2012.

DEMN = *Dizionario enciclopedico di medicina, nursing e scienze associate*, a cura di B. Battaglia e G. Battaglia, Milano, Ambrosiana, 1995.

DEMV = *Dizionario enciclopedico di medicina veterinaria, inglese-italiano/italiano-inglese*, a cura di P. Dall'Ara e A. Cocilovo, Milano, Le Point Vétérinaire Italie, 2005.

DEOL = *Devoto – Oli. Dizionario della lingua italiana*, a cura di L. Serianni e M. Trifone, Firenze, Le Monnier, 2004.

DEOLJ = *Devoto – Oli junior. Il mio primo vocabolario di italiano*, a cura di B. Gismondi e D. Giani, Firenze, Le Monnier; Milano, Mondadori Education, 2012.

DIB = *Dizionario di base della lingua italiana*, a cura di T. De Mauro e G.G. Moroni, Torino, Paravia, 2000.

DIC = *Dizionario dell'italiano contemporaneo*, a cura di M.A. Cortelazzo, Brescia, La Scuola, 1998.

DIF = *Dizionario fondamentale della lingua italiana*, a cura di P. Stoppelli e M. Stoppelli, Novara, De Agostini, 2012.

DILI = *Nuovo dizionario illustrato della lingua italiana*, a cura di C. Liotta e A. Sciacchitano, Torino, Piccoli, 2010.

DIMM = *Dizionario di medicina moderna*, a cura di M. Vanoli, Milano, McGraw-Hill, 2007.

DIMT = *Dizionario di medicina Treccani*, a cura di I. Marino e C. Cartoni, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana, 2010.

DIPP = *Dizionario di psicologia*, a cura di L. Giovannini et al., Milano, Paoline, 1986.

DIPSE = *Dizionario di pedagogia e scienze dell'educazione*, a cura di P. Bertolini e L. Caronia, Bologna, Zanichelli, 1996.

DIPU = *Dizionario di psicologia*, a cura di U. Galimberti, Torino, Utet, 1992.

DIR = *Dizionario italiano ragionato*, a cura di A. Gianni e L. Satta, Firenze, D'Anna, 1988.

DIRE = *Nuovo dire. Dizionario della lingua italiana*, a cura di C. Cartuccia, Ancona, Raffaello, 2009.

DISP = *Dizionario delle scienze psicologiche*, a cura di L. Mecacci, Bologna, Zanichelli, 2012.

DSE = *Dizionario di scienze dell'educazione*, a cura di J.M. Prellezo, G. Malizia e C. Nanni, Roma, LAS, 2008.

GLOPP = *Hermes 2008. Glossario pedagogico professionale*, a cura di P. Crispiani e C. Giaconi, Bergamo, Junior, 2007.

ITAL = *Italiano. Dizionario della lingua italiana*, a cura di L. Ubertalli, Milano, Vallardi, 2011.

LEMI = *Lessico medico italiano*, a cura di P. Benigno e P. Li Voti, Torino, CG-EMS, 1999.

MIOT = *Il mio primo dizionario*, a cura di R. Mari, Firenze, Giunti, 2010.

PRID = *Il mio primo dizionario di italiano illustrato*, a cura di S. Sibella e D. Schiannini, Novara, De Agostini, 2010.

PRIL = *Il primo. Vocabolario della lingua italiana*, a cura di D. Russo, Teramo, Lisciani, 2011.

PRIZ = *Primo Zanichelli. Vocabolario di italiano*, a cura di M. Cannella, Bologna, Zanichelli, 2010.

TOP = *Il tuo primo dizionario di italiano con i sinonimi e i contrari*, a cura di D. Savino, Milano, Vallardi, 2014.

TREC = *Treccani. Dizionario della lingua italiana*, a cura di R. Simone, Firenze, Giunti-TVP; Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana, 2013.

VOIT = *Vocabolario italiano*, a cura di E. De Felice e A. Duro, Torino, SEI; Palermo, Palumbo, 1993.

ZING = *Zingarelli 1994. Vocabolario della lingua italiana*, a cura di M. Dogliotti e L. Rosiello, Bologna, Zanichelli, 1993.

Criteri di citazione

La microstruttura di un dizionario, ossia il modo di stesura della glossa, che comprende gli espedienti grafici relativi ad accezioni, sinonimie, rimandi, eccetera, può essere molto variabile da un'opera all'altra. Pertanto il nostro corpus, in quanto documentazione di base per l'analisi lessicale, necessita di una presentazione standardizzata che permetta di concentrare lo sforzo analitico sulle *parole* utilizzate nell'articolo di dizionario, in particolare quelle delle definizioni e degli esempi fraseologici. Di conseguenza, la variabilità del carattere qui utilizzato sarà minima: tondo per la definizione lessicografica e i sinonimi; corsivo per gli esempi e le marche d'uso.

Illustriamo quindi alcune note di dettaglio. Per l'ordinamento delle accezioni, indipendentemente dall'apparato segnico utilizzato nel singolo dizionario, si farà ricorso a numeri progressivi; le varie abbreviazioni per "sinonimo" saranno uniformate in *S*, mentre i simboli di rinvio ad altro lemma saranno tutti standardizzati in *V* ("vedi"); le marche d'uso saranno riportate in formulazioni fisse e il sistema d'interpunzione sarà mantenuto costante; la parola-lemma, quando simbolizzata negli esempi originali mediante una lineetta o l'iniziale puntata, sarà riprodotta per esteso; gli eventuali termini greci verranno traslitterati, ma non saranno riportate le indicazioni etimologiche; i sottolemmi non faranno parte del corpus. Inoltre, visto che la ricerca è focalizzata sulla lingua italiana, nel caso dei dizionari bilingui verrà riportata unicamente la definizione in italiano.

Infine, la citazione di glosse molto lunghe verrà troncata, poiché la definizione lessicografica in senso stretto è sempre molto breve e diretta: basandosi sull'equivalenza di principio tra la parola da definire e la definizione stessa, questa si riduce a un sinonimo o a una "perifrasi sinonimica" (Massariello Merzagora, 1982, p. 118). In pratica, quando il lem-

ma è un sostantivo, come nel nostro caso, la descrizione lessicografica di ogni accezione sarà costituita da un semplice "sintagma nominale" (ivi, p. 119). Tale principio permette anche di distinguere tra definizioni propriamente lessicografiche (brevi, dirette) e definizioni in stile enciclopedico (discorsive, indirette). In questo caso verrà introdotta la specificazione *def. enc.* tra parentesi quadre.

Il corpus DDD

Presentiamo dunque il testo costituito dalle definizioni di *diagnosi* nei dizionari, o "corpus DDD", il quale, come già detto, è formato da due gruppi (dizionari generali e dizionari speciali) e da cinque sottogruppi: dizionari scolastici minori, dizionari scolastici maggiori e dizionari d'autore, dizionari bio-medici e dizionari psico-pedagogici. La successiva analisi metterà in luce un campo lessicale che potrà servire per lo studio di ulteriori caratteristiche semantiche e retoriche del nostro termine.

Dizionari generali monolingui dell'italiano

• Dizionari scolastici minori

DEOLJ s.f. invar. 1 La definizione di una malattia in base all'analisi dei sintomi: *formulare*, *sbagliare la diagnosi*. 2 Giudizio su un fenomeno di una certa gravità; *S* esame, valutazione: *fece un'accurata diagnosi della situazione politica*.

MIOT s.f. 1 Identificazione, riconoscimento di una malattia: *il medico aspetta di vedere gli esami per formulare una diagnosi sicura*. 2 Giudizio espresso su un fenomeno dopo averlo analizzato: *la sua diagnosi è che la situazione economica è grave*.

PRID n.f. La scoperta di quale malattia ha un malato.

PRIL s.f. 1 Individuazione di una malattia: *che diagnosi ti ha dato il dottore dopo la visita? Morbillo!*; *il medico mi ha scritto la diagnosi ma non riesco a decifrare la sua calligrafia!*. 2 Analisi di un fenomeno sociale, politico, ecc: *l'opinionista sportivo ha fatto una diagnosi interessante della partita*; *ecco la diagnosi del professore sul nostro rendimento, siamo tutti asinelli!*

PRIZ nome f. 1 *Dopo un'accurata visita al malato, il medico ha fatto la sua diagnosi*: giudizio sul tipo di malattia. *V* prognosi, terapia. 2 *Il senatore ha fatto una diagnosi della situazione economica*: giudizio dopo un esame approfondito.

TOP s.f. 1 Identificazione di una malattia in base ai sintomi. 2 Accurata valutazione di un fenomeno: *una diagnosi delle conseguenze del terremoto*.

• Dizionari scolastici maggiori

DIB s.f. 1 Riconoscimento di una malattia in base ai sintomi del paziente: *la diagnosi fatta dal tuo medico è perfetta, continua tranquillamente la cura*. 2 *estens*. Analisi di un fenomeno in base agli aspetti con cui si manifesta: *il ministro ha fatto un'acuta diagnosi della situazione economica*; *S* analisi, esame, valutazione, giudizio.

DIC nome f. 1 Identificazione di una malattia attraverso i sintomi, gli esami clinici e l'anamnesi. 2 Esame dettagliato di un fenomeno: *fare una diagnosi della recessione economica*.

DIF s.f. 1 *med*. Identificazione di una malattia in base ai sintomi, ai precedenti del paziente e agli esami strumentali e di laboratorio: *formulare una diagnosi*. 2 *estens*. Valutazione di un fenomeno sulla base dell'analisi delle sue manifestazioni: *una diagnosi della situazione economica*; *S* esame, valutazione, giudizio, parere.

DILI n.f. 1 *La diagnosi non è ancora ben certa*: determinazione di una malattia attraverso i suoi sintomi. 2 *Il presidente ha fatto una diagnosi accurata della situazione politica*: esame, studio attento; *S* critica, analisi. *V* sintomo.

DIRE n.f.inv. 1 Riconoscimento di una malattia in base alla visita del malato, allo studio dei sintomi: *il medico ha già fatto la diagnosi*. 2 Giudizio che si esprime su un fenomeno dopo averne considerato ogni aspetto: *l'insegnante ha fatto una diagnosi esatta della situazione della classe*; *S* valutazione.

ITAL s.f. 1 *med*. Identificazione di una malattia in base ai sintomi, all'anamnesi e agli esami strumentali e di laboratorio. 2 *estens*. Valutazione di un fenomeno dopo averne analizzato le manifestazioni.

• Dizionari d'autore

DEMA s.f.inv. 1 *CO TS med*. Individuazione del quadro morboso di un paziente in base alla valutazione dei sintomi, all'anamnesi e alle analisi strumentali e di laboratorio. 2 *CO estens*. Giudizio con cui si definisce un fenomeno dopo averlo esaminato in tutti i suoi aspetti. 3 *CO estens*. Esame tecnico delle condizioni e dello stato di funzionamento di un sistema, di un'apparecchiatura o, spec., del motore di un autoveicolo compiuto al fine di proporre le necessarie riparazioni.

DEOL s.f. 1 *med*. La determinazione della natura o della sede di una malattia in base alla valutazione dei sintomi. 2 *bot*. e *zool*. La definizione scientifica di una categoria sistematica. 3 *estens*. Giudizio analitico con cui si definisce un fenomeno di una certa gravità: *fare l'esatta diagnosi della situazione politica*. 4 *inform*. Analisi dello stato di funzionamento di un sistema allo scopo di individuare eventuali guasti.

DIR sf. 1 Identificazione e riconoscimento della malattia responsabile dei sintomi accusati dal paziente: *fare una diagnosi*. 2 *estens*. Giudizio a cui si giunge in seguito all'analisi dei fatti: *la diagnosi della situazione economica*. *V* gnosi.

TREC s. f. 1 *med*. Identificazione di una malattia in base all'esame clinico del malato e alle ricerche di laboratorio e strumentali: *fare*, *formulare una diagnosi*; *diagnosi esatta* (*o errata*); *indovinare* (*o sbagliare*) *la diagnosi*. 2 *estens*. Giudizio

con cui si definisce un fenomeno in genere, analizzandone i sintomi e gli aspetti con cui si manifesta: *fare l'esatta diagnosi della situazione politica*, *sociale*.

VOIT f. 1 *med*. Giudizio sulla natura di uno stato morboso, formulato in base all'ispezione del malato, alla valutazione dei sintomi e dell'anamnesi, all'esame dei risultati delle analisi chimiche, biologiche, batteriologiche e radiologiche: *fare la diagnosi*; *una diagnosi esatta*, *errata*. 2 *fig*. Giudizio su un fatto o su una situazione, formulato in base all'esame delle caratteristiche e degli aspetti che presenta: *il relatore ha fatto un'esatta diagnosi della crisi economica*. 3 *zool*. e *bot*. Definizione sistematica di categorie animali o vegetali.

ZING s. f. 1 Definizione di una malattia attraverso l'interrogatorio del malato, i sintomi e gli esami di laboratorio: *diagnosi precoce*. 2 *estens*. Giudizio che si esprime su un fenomeno dopo averne considerato ogni aspetto: *fare la diagnosi dei fatti*, *della situazione politica*. 3 *elab*. Analisi dello stato di funzionamento di un sistema con individuazione degli eventuali guasti.

Dizionari speciali monolingui e bilingui

• Dizionari bio-medici

DEMB Determinazione della natura di uno stato morboso acquisita attraverso l'osservazione, l'anamnesi e la sintomatologia del paziente, oltreché con i risultati di indagini strumentali e di analisi di laboratorio; *S* diacrisi.

DEMN 1 Determinazione della natura di un caso di malattia. 2 Descrizione tecnica concisa della causa, natura o manifestazione di una condizione, situazione o problema.

DEMV Nome dato a una malattia in modo tale che tutti i veterinari indichino con questo termine la stessa sindrome.

DIMM 1 Processo per determinare attraverso l'esame e l'analisi del paziente la natura della sua malattia. 2 Processo

che permette di identificare una malattia attraverso i segni e i sintomi. 3 La denominazione di una particolare condizione patologica. *V* diagnosi assistita dal computer, diagnosi definitiva, diagnosi di lavoro, diagnosi differenziale, diagnosi differita, diagnosi primaria, diagnosi sbagliata.

DIMT Procedura consistente nell'interpretazione di segni e sintomi raccolti quali manifestazioni di un processo patologico in atto o pregresso.

LEMI s. f. Atto decisionale con il quale si riconosce, nella pratica medica, la natura di una malattia, basandosi sull'osservazione dei fenomeni che essa ha determinato e che sono stati rilevati dall'esame diretto del soggetto e dagli accertamenti di laboratorio e strumentali eseguiti allo scopo della loro identificazione.

• Dizionari psico-pedagogici

DIPP Procedimento psicologico per l'identificazione e la verifica di proprietà, anomalie ed eventi corporali, intellettuali e spirituali tanto nei singoli che nei gruppi. *V* psicodiagnostica.

DIPSE [*def. enc.*] Consiste nel riconoscere una malattia sulla base sia di quanto descrive il malato stesso o coloro che gli stanno vicino, sia dei sintomi rilevati dal medico durante la visita del malato (diagnosi clinica), sia ancora attraverso l'interpretazione degli esami specialistici e delle analisi di laboratorio eseguiti. Anche in psicopedagogia si parla di diagnosi di fronte a tutti i casi di soggetti che appaiono difficili o disturbati nel comportamento o nel carattere.

DIPU [*def. enc.*] Parola di origine greca ("diagnosis") già utilizzata nella medicina antica col significato di "riconoscimento". Con la diagnosi si tratta infatti di riconoscere dei "segni", assunti come indizi per la valutazione di facoltà specifiche o del quadro globale della personalità ("diagnosi psicologica"), oppure dei "sintomi" di funzioni alterate riconducibili a entità nosologiche di cui si conoscono a grandi linee il decorso e l'esito ("diagnosi psichiatrica").

DISP In medicina, e per estensione in psichiatria e psicologia, accertamento di una malattia attraverso l'esame clinico del paziente e i dati strumentali e di laboratorio.

DSE [lemma *diagnosi/diagnostica*] Sintesi critica di informazioni su una *V* personalità, organizzate in funzione di categorie (per es. nosografiche) connesse con la programmazione di un intervento.

GLOPP Conoscenza approfondita, empirica ed ermeneutica, di singoli soggetti o singoli [sic] situazioni, colti nel loro senso, oltre le apparenze e nella loro interezza.

Lessico e semantica della diagnosi

Il corpus appena presentato è finalizzato alla estrazione di caratteristiche innanzitutto lessicali: si tratta infatti di vedere, sinteticamente, con quali parole viene esplicitata la parola *diagnosi*. Successivamente accenneremo ad aspetti più propriamente semantici.

Il campo lessicale della diagnosi

Il "corpus DDD" è stato inizialmente esplorato con *Lexico3*: questo è un programma utilizzato nella linguistica computazionale (La Torre, 2005; Giuliano e La Rocca, 2008), che permette di ottenere il vocabolario di un testo sia in ordine lessicometrico che in ordine lessicografico. Visto il basso numero di occorrenze totali (poco più di mille) emerse dalla utilizzazione del programma, si è quindi proceduto ad un'analisi manuale, dalla quale poter ricavare il campo lessicale della diagnosi. Allo scopo, sono state isolate le «*prime parole* usate nella definizione» (Massariello Merzagora, 1982, p. 117), ossia i sostantivi in prima posizione, comprendendo le eventuali accezioni e i sinonimi (di passaggio,

va osservato che nel caso delle definizioni in stile enciclopedico la ricerca di un termine definitorio fondamentale è risultata vana).

Quello che potremmo definire come "centro" del campo lessicale della diagnosi, risulta costituito da 24 termini, qui presentati in ordine alfabetico: *accertamento*, *analisi*, *atto*, *conoscenza*, *critica*, *definizione*, *denominazione*, *descrizione*, *determinazione*, *diacrisi*, *esame*, *giudizio*, *identificazione*, *individuazione*, *nome*, *parere*, *procedimento*, *procedura*, *processo*, *riconoscimento*, *scoperta*, *sintesi*, *studio*, *valutazione*. A parte *diacrisi* (*DEMB*), tutte queste parole sembrerebbero di comune comprensione.

Semantica della diagnosi

Mediante una lettura più approfondita di questa lista si può evidenziare l'ambiguità concettuale delle definizioni di *diagnosi*, un fenomeno impossibile da cogliere nelle comuni situazioni didattiche, in cui si consultano pochi dizionari.

• I due significati fondamentali

Parole come *analisi*, *esame*, *procedimento*, *procedura* e *processo* denotano la diagnosi in quanto "azione investigativa" (che nella manualistica specializzata viene spesso indicata col sostantivo *diagnostica*); riguardo a questo primo significato, termini come *accertamento*, *determinazione*, *identificazione*, *individuazione*, *riconoscimento* e *scoperta* rimandano a un'attività d'indagine attorno a una realtà naturale, oggettiva, mentre termini come *critica*, *giudizio*, *parere*, *sintesi*, *studio* e *valutazione* sembrano riferirsi a un più incerto lavoro d'interpretazione attorno a un mondo non proprio autoevidente. Parole come *definizione*, *denominazione*, *descrizione* e *nome* denotano invece la diagnosi in quanto "prodotto linguistico".

• Oggetti di diagnosi e ruoli diagnostici

Qualunque fosse l'accezione di *diagnosi*, questa parola fa riferimento a una qualche "realtà diagnosticabile". Il principale oggetto emergente dall'analisi del nostro corpus è la *malattia*, meglio interpretabile come «oggetto di diagnosi prototipico» (Doliana, 2015, pp. 31-32); segue il più generico *fenomeno*, talvolta declinato come *condizione* o *problema*, ed esemplificato specialmente come *situazione*.

Dalla lettura degli esempi fraseologici si può inoltre ricavare una lista di soggetti esercenti l'attività diagnostica. Secondo le preferenze dei lessicografi troviamo: *dottore*, *insegnante*, *medico* (il più frequente), *opinionista*, *professore* e *relatore*, oltre a *ministro*, *presidente* e *senatore*.

Altre annotazioni

L'analisi comparata delle definizioni lessicografiche, anche quanto rivolta a una sola parola (come nel nostro caso), permette di far emergere alcune caratteristiche globali delle opere selezionate. Qui possiamo rapidamente annotare che gli esempi fraseologici, molto utilizzati nei dizionari generali (in particolare scolastici), sono assenti nei dizionari speciali; questi ultimi, inoltre, non presentano la qualifica grammaticale del termine da definire (unica eccezione il *LEMI*).

In quanto ai dizionari psico-pedagogici, esiste un caso in cui il lemma è costituito da un sostantivo doppio, *diagnosi/diagnostica* (*DSE*), una scelta che sembra riflettere l'ambivalenza del costrutto; in altre due opere vengono invece presentate definizioni di *diagnosi* in stile chiaramente enciclopedico (*DIPSE* e *DIPU*), che presuppongono l'approccio della lettura e non quello della consultazione.

Queste brevi osservazioni, che potremmo estendere a molte altre voci di dizionario, ci suggeriscono che – specialmente in campo psico-pedagogico – la produzione di opere

lessicografiche settoriali appare ancora tecnicamente incerta, sia a livello di macrostruttura (formulazione dei lemmi) sia a livello di microstruttura (formulazione delle glosse). In questo senso il termine *diagnosi* ha funzionato come rivelatore di alcuni problemi di lessicografia generale ancora irrisolti.

Per concludere

Questo studio costituisce innanzitutto una base di dati. Il "corpus DDD" è un riferimento testuale sicuro utilizzabile in varie ricerche, anche in quelle che volessero focalizzarsi sulla retorica del linguaggio diagnostico. Infatti, un tratto caratteristico della comunicazione in stile clinico è la personificazione dei contenuti trasmessi (Doliana, 2010): nel nostro corpus, la malattia *responsabile* (*DIR*) costituisce un caso esemplare di realismo concettuale contemporaneo. Ma il lettore e la lettrice potranno trovare altre particolarità.

In campo psico-pedagogico va infine attentamente riconsiderata la definizione contenuta nel *DSE*. Questo dizionario risulta essere l'unico (di trenta) a stabilire che la diagnosi è legata ad un *intervento*. Nel nostro corpus questa parola è un hapax, compare cioè una volta soltanto: tale evidenza dimostra che nella definizione di *diagnosi* ciò che concettualmente è decisivo viene troppo spesso dimenticato. Potrebbe forse spiegarsi anche in questo modo il continuo incremento di una manualistica di linguaggio diagnostico slegata dall'azione professionale concreta.

Note bibliografiche

Borsese A. e Parrachino I. (2015), *Sulla valutazione della comprensibilità dei testi scolastici*, "Orientamenti Pedagogici", vol. 62, n. 2, pp. 399-407.

Cabré M.T., Estopà R. e Lorente M. (2011), *Ideología y diccionarios especializados*. In F. San Vicente, C. Garriga e H.E. Lombardini (a cura di), *Ideolex. Estudios de lexicografía e ideología*, Monza, Polimetrica, pp. 103-121.

Capararo M. (2003), *Il discorso medico sulla diagnosi*. In P. Barbetta (a cura di), *Le radici culturali della diagnosi*, Roma, Meltemi, 2005, pp. 50-76.

Corbellini G. (1996), *Diagnosi*. In G. Cosmacini, G. Gaudenzi e R. Satolli (a cura di), *Dizionario di storia della salute*, Torino, Einaudi, pp. 154-157.

Doliana C. (2010), *Il pedagogista e l'educazione terapeutica: tra rinuncia al modello medico e rifiuto degli approcci magici*, "Professione Pedagogista", vol. 14-15, n. 34-35, pp. 26-34.

Doliana C. (2011), *La distribuzione sociale del linguaggio diagnostico e le sue conseguenze. Studio quantitativo sui titoli dei libri in commercio*, "Tutor", vol. 11, n. 2-3, pp. 38-47.

Doliana C. (2015), *La vaghezza dell'oggetto di diagnosi e la proliferazione del linguaggio diagnostico. Sviluppo storico*, "Tutor", vol. 15, n. 2, pp. 29-36.

Giuliano L. e La Rocca G. (2008), *L'analisi automatica e semi-automatica dei dati testuali. 1: software e istruzioni per l'uso*, Milano, LED, 2010.

La Torre M. (2005), *Le parole che contano. Proposte di analisi testuale automatizzata*, Milano, Franco Angeli.

Longobardi F. (2012), *Evidenze lessicali in medicina: aspetti semantici e lessicografici*. In S. Ferreri (a cura di), *Lessico e

lessicologia, atti del XLIV congresso internazionale di studi della Società di Linguistica Italiana (SLI), Viterbo, 27-29 settembre 2010, Roma, Bulzoni, pp. 231-239.
Massariello Merzagora G. (1982), *La lessicografia*, Bologna, Zanichelli.
Migliorini B. (1946), *Che cos'è un vocabolario?*, Roma, Edizioni della Bussola.
Nomdedeu Rull A. (2011), *Las voces malsonantes*. In F. San Vicente, C. Garriga e H.E. Lombardini (a cura di), *Ideolex. Estudios de lexicografía e ideología*, Monza, Polimetrica, pp. 167-182.
Palmieri C. e Prada G. (2005), *Introduzione*. In C. Palmieri e G. Prada (a cura di), *La diagnosi educativa. La questione della conoscenza del soggetto nelle pratiche pedagogiche*, Milano, Franco Angeli, pp. 9-15.
Semeraro A. (2007), *Pedagogia e comunicazione. Paradigmi e intersezioni*, Roma, Carocci.

3

L'educazione terapeutica come formazione alla comunicazione diagnostica

Premessa

L'educazione terapeutica è per definizione un ambito proprio della professionalità pedagogica, ma bisogna riconoscere che, riguardo a questo genere di intervento, vi è di regola una certa confusione. Essa deriva in parte da un dato antropologicamente incontestabile: l'atto terapeutico viene inteso, ovunque e in tutti i tempi, come atto intrinsecamente magico. Conseguenza: chiunque ne sia titolare sperimenterà la *hybris* del guaritore, cioè si sentirà un "di più", e guarderà gli altri dal predellino della sua austera sapienza. Si spiega così tutto l'affollarsi e l'azzuffarsi attorno al mondo delle terapie: praticarle serve a "ingrassare" l'Io.

La corsa all'esercizio di attività curative formali oppure informali (le prime definibili anche "scientifiche", le seconde "irrazionali") nasconde una generale voglia di autoaffermazione, ma riflette anche un inconfessato bisogno di cura di sé: curo gli altri per non pensare ai miei nodi irrisolti. Ecco dunque profilarsi un *target* molto esteso per il pedagogista: occuparsi di chi si occupa di terapie a prescindere dal loro grado di legittimità. È in questo senso, innanzitutto, che l'educazione terapeutica dovrebbe essere assunta nella pratica professionale pedagogica.

Promuovere il riconoscimento del proprio limite umano è la vera fonte del cambiamento personale, e il composito

mondo della cura è forse quello più intriso di presunzione. Ma per agire su questo terreno minato occorre preliminarmente aver demolito dentro se stessi la mitizzazione di qualsiasi azione terapeutica, e in modo definitivo; al punto che anche la pur feconda distinzione concettuale tra *care* e *cure* possa apparire praticamente sterile.

Liberarsi dall'ossessione del prestigio

Ecco perché abbiamo detto che l'educazione terapeutica può essere veicolo di confusione: perché per lo più si punta l'attenzione sull'aggettivo. E qualsiasi cosa che riesca a definisi in qualche modo terapeutica (nella variante *care* o *cure* non importa) diventa all'improvviso attendibile e valida, auspicabile e buona; incontestabilmente. Così le risse in tema di "esclusività della prestazione" sono la regola.

Non è allora un caso se l'ANPE ricorda che nessun intervento pedagogico può qualificarsi come intervento sanitario: serietà professionale vuol dire anche saper fuggire dalla forza suggestiva delle definizioni altisonanti. Peraltro, alla luce di quanto detto in premessa, questa posizione può apparire vantaggiosa, e certamente lo è in termini di libertà interiore nell'esercizio della professione, e fuori.

Il prestigio abbaglia chi lo subisce, e prima ancora chi lo esibisce; non appaga ed estrania dalla realtà del vivere. Questo dato è stato da me esplicitato nel corso di una osservazione partecipante durata molti anni in vari istituti di cura, e le evidenze al riguardo non scarseggiano. Il pedagogista esercita una professione intellettuale in senso pieno: suo compito sarà allora quello di calarsi nei vari contesti clinici per scovarne gli universi simbolici e i comportamenti aberranti, quelli cioè che riflettono la sistematica esorbitante autoattribuzione di ruolo, un fenomeno a cui sono esposte tutte le denominazioni professionali "terapeutiche".

Lungi dall'affermarsi equivocamente come una psicoterapia *minor*, la professione pedagogica può dunque andar fiera della sua alterità rispetto alle professioni della salute. Al proposito, una collega titolare di uno studio professionale ha osservato che un approccio al cliente di tipo lineare, semplice, che eviti qualunque tipo di test iniziale e che si ponga da subito in modo serenamente colloquiale, riesce a indurre dinamismi mentali ben più efficaci rispetto al pur sempre greve approccio di tipo sanitario; e tutto ciò soltanto perché manca quella soggezione propria della ritualità del contesto clinico che inevitabilmente influirebbe sulla libera manifestazione della persona, al di là di ogni buona intenzione.

Dovremmo allora iniziare a considerare, seppur timidamente, la illegittimità del termine "prestigio" nella qualificazione delle professioni alte. Questa parola viene da *praestringere*, ossia stringere forte, offuscare, abbagliare. C'è un nesso col concetto di illusione. Per mostrare quanto detto basti una breve storiella.

Percorro una strada di notte, quando intravvedo due occhietti che mi guardano: è un animale in mezzo alla strada. Per farlo andar via accendo gli abbaglianti; ma la creatura rimane lì immobile, forse la prenderò sotto. Ignoro che, proprio accendendo gli abbaglianti, cioè provocando una forte stimolazione sensoriale, ho causato la paralisi del piccolo animale. Così dò la colpa a quello, se non si è spostato nonostante il mio segnale; ma la colpa è mia, che l'ho abbagliato, ingannato, accecato per troppa luce, di modo che non sapeva più da che parte andare.

L'analogia con il campo delle relazioni umane emerge ora chiarissima. In pedagogia pratica non possiamo permetterci di ignorare questi processi mentali, ben illustrati dalla corrispondenza semantica tra abbagliamento (sensoriale) e abbaglio (intellettuale): un pedagogista deve quindi sapersi sottrarre alla tentazione del prestigio nei confronti del cliente.

Ma egli dovrà anche lucidamente prevedere che un tale

genere di approccio alla relazione potrebbe giustificarsi a partire dal momento del riconoscimento formale della professione. Dovremmo insomma da un lato continuare a mirare all'obbiettivo della denominazione professionale ufficializzata, che è anche un servizio alla chiarezza in ambito pubblico, dall'altro lato dovremmo continuare a coltivare un approccio leggero alla professione, e proprio perché ben conosciamo l'intima natura del prestigio: che invece di liberare immobilizza.

Chi si rivolge al pedagogista, e lo sceglie proprio per la totale assenza di ritualità cliniche, così come di altre ritualità (penso al vastissimo mondo della magia), è mosso dalla speranza di incontrare finalmente una persona comprensiva che non ne paralizzi la capacità di autodeterminazione. In prospettiva, una tale impostazione professionale potrebbe essere molto ricercata, con benefici anche occupazionali. Tutto dipende da quanto in futuro la gente saprà svincolarsi dal bisogno di essere ingannata.

Sviluppare il tema delle credulonerie colte

Questo articolo è iniziato con passi forse fin troppo densi di contenuto: non poteva essere diversamente per un lavoro che, necessariamente breve, poggia le sue conclusioni su un lungo studio condotto sul campo e a tavolino. Ora vedremo di argomentare meglio, anche se comunque in modo frammentario.

Chiediamoci: perché le attività curative (dall'ostetrica al chirurgo, dalla fisioterapista allo psicanalista, dall'infermiera allo psicoterapeuta e così via) affascinano tante persone? Perché la parola "terapia" (con tutto il connesso mondo "clinico", "medico", "sanitario", ma anche "esoterico") attrae così tanto?

È chiaro: se c'è una terapia vuol dire che c'è una diagnosi, e se c'è diagnosi vuol dire che c'è malattia (o disturbo,

o patologia, o bisogno, o sindrome, o problema, o alterazione, o disagio, o morbo, o squilibrio). Insomma: c'è una *entità* da combattere, e chi lo fa godrà del giusto prestigio, proporzionalmente al suo grado di competenza nella lotta riconosciuto dal cliente.

Ma questa è una grande ovvietà e non c'è nulla da porre in questione, potrebbe obbiettare qualche lettore. In verità «è possibile vivere ingenuamente in un universo simbolico, e la grande maggioranza degli individui lo fa» (Berger e Luckmann, 1966, p. 148). E se uno si mette a indagare il tema delle ovvietà, ebbene quel tizio rischia di trovarsi in ben scarsa compagnia perché, a quanto pare, secondo Whitehead «richiede una mente davvero insolita intraprendere l'analisi dell'ovvio» (Sciolla, 1997, p. xv). Quella che segue è appunto l'estrema sintesi di un lavoro sulle ingenuità diagnostiche.

Approderemo quindi al trascurato tema delle *credulonerie colte*, costrutto ossimorico solo in apparenza. Infatti possiamo affermare tranquillamente che il patrimonio di sapere posseduto da ognuno non è incompatibile con atteggiamenti e comportamenti ingenui. Con questa locuzione vogliamo dunque contribuire a togliere il velo a un fatto inconfessabile: la difficoltà di riconoscere che si può essere dei poveri creduloni anche se ci si sente scaltri e, peggio ancora, nonostante ci si trovi nel mondo delle false concezioni rivestendone il ruolo di fabbricanti. Così le credulonerie colte costituiscono una specie di argomento tabù: il materiale di ricerca, spesso anche divertente, non manca mai.

Credulonerie diagnostiche

Purtroppo «la filosofia della medicina non è certo un tema centrale nelle facoltà di medicina europee [...], per la maggior parte, gli studenti accettano il modo in cui la me-

dicina è praticata usualmente, senza mettere in discussione gli assunti sui quali questa pratica è fondata [...], l'atteggiamento empiristico ha portato anche alla convinzione semplicistica [...] che le malattie siano entità che attaccano il paziente dall'esterno» (Wulff, Andur Pedersen e Rosenberg, 1990, pp. 1-2).

Ma, più ancora di una filosofia della medicina, in chi si occupa di salute manca del tutto una formazione linguistica. Se ne era accorto il dottor Crookshank già negli anni Venti, quando pubblicò il saggio *L'importanza di una teoria dei segni e di una critica del linguaggio nello studio della medicina*, che oggi, incredibilmente, non viene mai citato nella stesura dei testi di metodologia sanitaria.

Il Nostro scrive: «Si è persa l'abitudine di anteporre ai testi una discussione preliminare capace di stimolare, anche se non di soddisfare, gli animi più pensosi e intelligenti; ed ecco il risultato: ben pochi afferrano oggi la distinzione tra parole, pensieri e cose» (Crookshank, 1923, pp. 387-388). C'è insomma una «persistente incapacità di distinguere tra ciò che altrove ho chiamato nomi, concetti ed eventi» (ivi, p. 388). Tanto che «è un diffuso errore medico dire, scrivere, e in definitiva pensare, come se le *malattie* che denominiamo, i *riferimenti generali* che *simboleggiamo*, fossero singole cose con una loro esistenza esterna [...]. Non di meno [...] gli studenti di medicina sono profondamente convinti che queste "entità" esistano in qualche modo *in rebus naturae* e siano state scoperte dai loro insegnanti un po' come l'America venne scoperta da Colombo» (ivi, p. 390). Così anche oggi possiamo leggere, per esempio, che «le *personalità abnormi* sono un insieme patologico reale, cioè né convenzionale né artificioso» (Jervis, 2001, p. 163).

Ma Crookshank vide un ulteriore rischio: «E non soltanto ipostatizziamo ma personifichiamo queste astrazioni» (Crookshank, 1923, p. 394). Insomma le "malattie", che nel momento della formulazione diagnostica sono meri concet-

ti tradotti in sequenze lessicali più o meno giustificate, già nella mente del medico potrebbero mutarsi in cose e forse addirittura in persone: e divenire *entità.*

Crookshank sapeva che una tale creduloneria colta si sarebbe riversata con effetti moltiplicati sul pubblico "profano": il più importante di essi è attualmente la diffusione degli approcci magici alla cura. Il loro elenco è tanto sterminato quanto variabile: infatti non esiste alcun consenso entro la comunità "scientifica" su quali siano le pratiche certamente oneste e quali siano le pratiche certamente truffaldine, e tuttora ci si sta accapigliando.

I meccanismi attraverso i quali si realizza la personificazione della situazione patologica (un fenomeno tanto rigoglioso quanto misconosciuto) sono molto semplici. A livello verbale viene trasmessa col tono della voce, specialmente con la geminazione della consonante iniziale del nome di malattia (ovvero con il colpo di glottide in caso di vocale iniziale) e facendo seguire un verbo inquietante. Basti un esempio (qui non prodotto in trascrizione fonetica): «Vede, la *d*epressione *attacca* più facilmente alla sua età...».

Però è soltanto a livello di linguaggio scritto che il fenomeno denunciato da Crookshank può essere monitorato: abbiamo proceduto quindi ad esaminare due fonti bibliografiche specialistiche con cui documentare l'intenzione dei curatori di comunicare ai membri della rispettiva professione una qualche personificazione dei concetti proposti (forse anche in buona fede). Un tratto tipico della "persona" è avere un nome proprio, quindi la ricerca ha immediatamente puntato l'attenzione sulle maiuscole in inizio di parola. Abbiamo insomma trovato "nomi propri di malattia" intesi come nomi propri di persona che, se per la grammatica non esistono, esistono in tante menti intimorite dal pensiero della loro presenza.

Gli esempi, che riportiamo nella grafia originale, saranno molto pochi: *Disturbo d'Ansia di Separazione* (Andreoli, Cassano e Rossi, 2002, p. 84), *Problema Relazionale tra Part-*

ner (ivi, p. 335), *disturbo del Campo di energia* (Calamandrei, 2008, p. 29), *Paura* (ivi, p. 156). Ogni lettore potrà trovarne altri, e anche di più gustosi.

Da osservare che, dall'ambito psichiatrico e dall'ambito infermieristico, questi quattro costrutti potrebbero essere serenamente traslocati in un futuribile "prontuario" ad uso pedagogico: naturalmente togliendo tutte le maiuscole (in barba alle mode tipografiche) e utilizzando al loro posto per esempio il corsivo o, meglio ancora, le virgolette.

In fin dei conti le *entità* corrispondenti alle "diagnosi" non necessitano di maiuscola in modo assoluto, potendo essere evocate discorsivamente, come vediamo in questo passo riferito da Crookshank che mostra il modo col quale i suoi colleghi usavano parlare dell' "influenza": «funesto nemico della razza umana che attacca le nostre coste» (Crookshank, 1923, p. 394).

Le mode linguistiche nella comunicazione sanitaria prosperano tuttora, e con toni simili: «Portare in tavola cibi genuini e sicuri è un diritto. Ma se il mangiar sano condiziona la vita e anche i rapporti sociali, allora deve scattare un campanello d'allarme. Potremmo essere in presenza di ortoressia nervosa, un nuovo disturbo del comportamento alimentare che si sta diffondendo nei Paesi industrializzati» (Pettinelli, 2005, p. 80). Questo è solo un esempio tra innumerevoli.

Dicevamo che, in un manuale per pedagogisti, bisognerebbe evitare accuratamente l'uso di maiuscole. Così pure la comunicazione scientifica dovrebbe garantirsi dalle cattive interpretazioni: anche un "disagio", se ipostatizzato e personificato (cioè se si "diffonde" e "attacca") diventa Malattia, con tutto quel che ne consegue in termini di paure collettive e di interventi inopportuni.

Togliere le maiuscole da un libro è facile. Il difficile nella pratica professionale pedagogica è togliere le maiuscole dalla propria mente; e una volta fatta questa operazione su di sé sappiamo bene che avverrà anche in chi ci avvicina.

Quale educazione terapeutica

Le persistenti misconcezioni derivanti dalla mancanza di una teoria linguistica della diagnosi producono fatalmente misconcezioni in ambito terapeutico, sia in chi lo pratica sia in chi ne fruisce. Nei discorsi di vita quotidiana (dalle chiacchiere di sala d'aspetto ai colloqui tra sanitari) emerge la sistematica confusione tra "malattia diagnosticata" e "situazione di sofferenza". La prima sarebbe da intendersi come quella pura astrazione utile alla comunicazione tra pari (il contenuto della diagnosi), la seconda sarebbe invece da interpretare come quella realtà individuale inattingibile da qualsiasi dire diagnostico (e che Dio solo conosce). Ma ciò di cui ci si occupa veramente nel lavoro di cura sta nel mezzo di questi due poli: è sempre una evidenza che spinge all'azione. Questo però sembra sfuggire a molti, e lo sconfinamento nelle pratiche superstiziose di catarsi ne è la logica conseguenza.

Urge dunque attrezzarsi culturalmente per affrontare da protagonisti i gravi limiti teorici esistenti nella formazione degli operatori della salute. Crookshank voleva far «comprendere ai docenti e ai medici la necessità, per la medicina, di una teoria dei segni» (Crookshank, 1923, p. 404), e auspicava «uno studio completo sull'argomento, col titolo *Teoria della diagnosi medica*» (ibidem).

Oggi il dottor Crookshank, fuori dal mondo dei cultori di scienze del linguaggio, è stato dimenticato. E l'attuale filosofia della medicina appare timida quanto verbosa, incapace di affrontare il vero argomento critico: la cosificazione-personificazione delle malattie in ambito medico e la sua relazione con l'accesso di massa alle pratiche magiche. La causa di tanta confusione, a tutti i livelli di competenza, sta in un fenomeno ben descritto dall'antropologia: oggi stiamo assistendo ad una «regressione della coscienza che ha perduto la forza di pensare il mistero e contemporaneamente

di accettare la realtà oggettiva: invece di differenziare l'uno dall'altra, l'occultismo li mescola arbitrariamente» (Gatto Trocchi, 1993, p. 193).

Si è sviluppato così un grande manicomio nosografico, che si palesa con la proliferazione dei prontuari "diagnostici" e dei manuali "terapeutici", le cui aree culturali di riferimento (quella "irrazionale" e quella "scientifica") appaiono indistinguibili l'una dall'altra. Andreoli, Cassano e Rossi hanno rilevato la scontentezza di alcuni medici, presi dalla «paura che i "distinguo" empirici finiscano per complicarsi come le mappe delle metropolitane che ti portano dappertutto ma in cui è facile perdersi» (Andreoli, Cassano e Rossi, 2002, p. x). La peggiore informazione giornalistica fa il resto; il timore delle malattie, ammesso possa essere misurabile, è sempre tanto, se è vero che i tranquillanti vendono più dell'aspirina.

Occorre un approccio intellettualmente elevato all'educazione terapeutica. Il livello applicativo più immediato è quello dell'insegnamento ai pazienti della corretta assunzione delle medicine (un lavoro tipicamente sanitario), ma c'è un livello che richiede una differente consapevolezza, tipicamente pedagogica: «La filosofia dell'educazione terapeutica si fonda su alcuni concetti base: il principio che ogni individuo è il principale responsabile della propria salute [...]; la riduzione della dipendenza del paziente dai sanitari» (Ferraresi, Gaiani e Manfredini, 2004, p. 11). Abbiamo davanti a noi un lavoro non piccolo.

Abbiamo detto fin dall'inizio che l'educazione terapeutica è primariamente competenza pedagogica, in quanto educazione. Il problema è l'aggettivo, ma crediamo di aver argomentato a sufficienza circa la necessità di rinunciare all'aura sanitaria, in quanto troppo assimilabile a quella delle suggestioni magiche. E, tenendo conto dei sopraccitati principi, potremmo affermare (come già detto in premessa) che una educazione terapeutica pedagogicamente orientata, ossia libera dal bisogno di curare, dovrebbe innanzitutto farsi ca-

rico proprio di chi si occupa di terapie, in quanto portatore di disagi indotti dalla eccessiva autoattribuzione di ruolo.

Per operare in modo adeguato dovremmo però avere tanta lealtà da esplicitare sistematicamente la nostra posizione intellettuale: quell'aggettivo sta a qualificare, né più né meno, un intervento educativo calato in contesto terapeutico. Che poi il nostro agire pedagogico possa avere un qualche esito curativo non è da escludere, e non possiamo nemmeno vietarcelo, ma dovremmo intenderlo sempre "per effectum" e non "per intentionem" (Frankl, 1952, p. 70).

Conclusioni

L'esercizio della parola è curarsi del mondo, e il pedagogista agisce con la parola: essa non è confinabile da nessuno, e l'articolo 33 della Costituzione è chiarissimo: «L'arte e la scienza sono libere e libero ne è l'insegnamento». Il pedagogista non dovrebbe mai dimenticare che la sua identità è quella dell'in-segnante in senso intimo, etimologico: non uno che insegna questa o quella materia ma colui che sa segnare dentro, in quanto a sua volta segnato da un incontro che gli ha cambiato la vita.

Il mondo delle "terapie" è singolare: può succedere che io lavori nel campo della *care* (cioè dell'aver cura nel quotidiano) con un atteggiamento che si approssima allo stereotipo di chi si occupa di *cure* (cioè di terapia medica); così il "paziente" vedrà svanire tutti i benefici relazionali propri di un rapporto non artefatto (e c'è da osservare che questa indifferenziazione pratica tra modi della *care* e della *cure* è ubiquitaria). Oppure potrei lavorare come fiero titolare della *cure*, e ugualmente rischiare di non risultare all'altezza: se mi atteggerò in posa ieratica, assumendo cioè il modello standardizzato del "dottore", avrò forse qualche vantaggio d'immagine, ma alla lunga non potrò che risultare ridicolo,

precisamente come in quelle descrizioni prodotte dalla filmografia italiana leggera degli anni Settanta.

Il contesto clinico è paradossalmente sofferente, sia nella sua versione formale che in quella informale; i suoi operatori sono spesso smarriti, confusi in una miriade di denominazioni professionali e non; spesso oscillano fra il sentirsi dei "di più" e il sentirsi delle nullità. Se poi hanno problemi li mandano a un qualche corso tenuto da psicologi-psicoterapeuti: vorrebbero forse uscire dall'angusto mondo della cura elevata a mito e si trovano a loro volta curati. Il lavoro per il pedagogista, in prospettiva, non mancherà: alle domande di senso della gente, forse per davvero solo un professionista "laico" può dare una qualche risposta sensata.

Antiseri ci riferisce un ammonimento di Einstein: «Nel campo di coloro che cercano la verità, non esiste autorità umana. E chiunque tenti di fare il magistrato viene travolto dalle risate degli dèi» (Antiseri, 2007, pp. 47-48).

Note bibliografiche

Andreoli V., Cassano G.B. e Rossi R. (a cura di) (2002), *Mini DSM-IV-TR. Criteri diagnostici*, Milano, Elsevier Masson, 2007.

Antiseri D. (2007), *Epistemologia contemporanea e logica della diagnosi clinica*. In R. Ghirardi (a cura di), *Come ragionano i medici*, atti del convegno di San Benedetto Po, 27 ottobre 2007, Mantova, Sometti, 2008, pp. 23-51.

Berger P. e Luckmann T. (1966), *La realtà come costruzione sociale*, Bologna, Il Mulino, 1997.

Calamandrei C. (a cura di) (2008), *NANDA-I. Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazione 2007-2008*, Milano, Ambrosiana.

Crookshank F.G. (1923), *L'importanza di una teoria dei segni e di una critica del linguaggio nello studio della medicina*. In C.K. Ogden e I.A. Richards, *Il significato del significato. Studio dell'influsso del linguaggio sul pensiero e della scienza del simbolismo*, Milano, Il Saggiatore, 1966, pp. 384-404.

Ferraresi A., Gaiani R. e Manfredini M. (2004), *Educazione terapeutica. Metodologia e applicazioni*, Roma, Carocci.

Frankl V.E. (1952), *Alla ricerca di un significato della vita. Per una psicoterapia riumanizzata*, Milano, Mursia, 1990.

Gatto Trocchi C. (1993), *Viaggio nella magia. La cultura esoterica nell'Italia di oggi*, Roma-Bari, Laterza, 1996.

Jervis G. (2001), *Psicologia dinamica*, Bologna, Il Mulino.

Pettinelli L. (2005), *Quando "mangiar sano" diventa un'ossessione*, "Intimità", 20 ottobre 2005, pp. 80-81.

Sciolla L. (1997), *Presentazione*. In P. Berger e T. Luckmann, *La realtà come costruzione sociale*, Bologna, Il Mulino, pp. VII-XV.

Wulff H.R., Andur Pedersen S. e Rosenberg R. (1990), *Filosofia della medicina*, Milano, Raffaello Cortina, 1995.

4

La distribuzione sociale del linguaggio diagnostico e le sue conseguenze

Premessa: per un discorso esteso in teoria della diagnosi

Diagnosticare è forse un'attività piacevole? Produrre sequenze standardizzate di parole con cui denominare in modo altisonante situazioni individuali di disagio o di bisogno sembra essere diventato un passatempo per varie categorie, più o meno lontane dall'ambito medico. Il vezzo di «pronunciare formalmente e solennemente un nome che viene giudicato appropriato» (Crookshank, 1923, p. 391) sembra essere uscito dagli ambulatori per migrare nei luoghi delle attività psicologico-educative e in quelli della magia metropolitana (Gatto Trocchi, 2001). Inoltre l'informazione giornalistica, poco attenta alle implicazioni emotive in gioco quando si comunica in termini di "diagnosi", asseconda la pubblicizzazione delle stringhe di nuovo conio. Gli esiti sono ovvi: paura, intasamento dei servizi sanitari, aumento della spesa.

Queste prime evidenze hanno costituito la molla per sviluppare un'indagine sistematica sull'insieme dei settori professionali di applicazione del linguaggio diagnostico – riguardo ai quali presentiamo la dimensione quantitativa. Il problema era questo: se molteplici aree di attività tendono all'uso di formulazioni diagnostiche, probabilmente non si tratta soltanto di esibizionismo; forse, piuttosto, viene sfruttato quel tacito principio secondo il quale a qualsiasi co-

strutto comunicato come "diagnosi" l'essere umano associa di regola un referente in qualche modo "speciale", connotato dall'aura misteriosa della "patologia". Questo meccanismo, assieme al prestigio, accrescerebbe gli utili.

L'incontro con alcuni grandi medici del passato fece poi scoprire qualcosa di inatteso: che il problema era stato risolto da un pezzo. Non esistono inquietanti referenti speciali, non esiste alcun mondo platonico atemporale abitato da incombenti "entità morbose". Ogni diagnosi medica (e quindi ogni altra diagnosi), in quanto mera stringa lessicale, non si riferisce altro che a un concetto. Non c'è niente di esoterico nel diagnosticare, che è un atto delicato, specialistico, da cui discende l'intervento. Ecco tutto. Ma il problema era stato risolto in via definitiva solo teoricamente: ciò che Crookshank e Allbutt spiegarono quasi un secolo fa (Allbutt, 1922; Crookshank, 1923) è ancora lontano dall'esser parte stabile della nostra cultura. I non pochi testi medici a sfondo realistico lo dimostrano.

Emergeva dunque la necessità di prospettare un percorso didattico finalizzato a far cogliere il problema del referente diagnostico e della sua comunicazione a partire dalla varietà di declinazioni operative. Un discorso agli studenti di medicina confinato dapprincipio all'abito medico avrebbe invece voluto dire pretendere di far ignorare il baratro all'equilibrista: l'universale rischio della comunicazione ipostatizzante, l'attrazione verso il magico. Oggi, nelle scienze umane, occorre una teoria della diagnosi ad approccio sociolinguistico che sia: *a*) generalizzabile – conforme al fenomeno della distribuzione sociale del linguaggio diagnostico; *b*) comprensibile – adatta a una generazione di studenti «in difficoltà se non si usano le classiche 200-300 parole dell'italiano televisivo» (Chiosso, 1997, p. 5); *c*) formativa – utile per una educazione al linguaggio rivolta alle professioni della salute. Soltanto una scrittura intrisa di calviniana "leggerezza" (Calvino, 1988, pp. 3-30) può essere adeguata a questi scopi.

Introduzione

Il settore tipico di applicazione del linguaggio diagnostico è la medicina. Questo enunciato descrive una verità associata a una presupposizione: che tutto il lavoro di diagnosi sia situato all'interno dell'ambito sanitario e che solo marginalmente, e in subordine a questo, possano trovarsi altri ambiti applicativi di tale linguaggio. Lo studio della teoria della diagnosi, quando svolto a partire da uno sguardo generale sul mondo diagnostico, ci fa invece approdare a un luogo insospettato, in cui troviamo diagnosi per la tutela dei beni culturali, per le riparazioni automobilistiche e per le attività psicologico-educative.

Che questo mondo sia marginale ed eterogeneo – rispetto alla centralità e alla sistematicità del mondo medico – è una considerazione ovvia, mentre decisamente controintuitiva appare la considerazione opposta: che le diagnosi extrasanitarie costituiscano un patrimonio di riflessione utile per la stessa didattica sanitaria, in particolare per l'accostamento al problema del referente. Oggi questo problema assume carattere d'urgenza, da quando Cagli ha affermato che in medicina c'è una "crisi della diagnosi" (Cagli, 2007) perché troppi oggetti privi di omogeneità sul piano logico sono diventati oggetti nosografici formalmente inseriti nelle classificazioni d'uso specialistico.

Tornare a riflettere sull'oggetto al quale una "diagnosi" può riferirsi non è allora una sorpassata questione accademica, per quanto le nuove metodiche sembrino mettere in ombra la stessa sensatezza di una riflessione sul tema. In metodologia clinica Scandellari afferma che l'analisi decisionale e la medicina basata sulle evidenze pongono un serio interrogativo: «*La clinica moderna sta passando da un atteggiamento fondamentalmente conoscitivo* [...] *ad un atteggiamento operativo*? In altre parole, si sta tendendo a privilegiare attualmente la scelta del comportamento finalizzato alla terapia più

che la ricerca della diagnosi?» (Scandellari, 2010, p. 234). Questa la sua risposta: «In realtà solo apparentemente esistono situazioni in cui il medico prende decisioni terapeutiche prescindendo totalmente da una diagnosi» (ivi, p. 235). Dunque la diagnosi in medicina, intesa sia come "processo" investigativo che come "prodotto" linguistico (Cagli, 2007, p. 29), non è un problema eludibile, anzi sembra degno di essere approfondito.

In quanto pedagogisti ci attende il compito di soffermarci sia sugli aspetti linguistici che sociali della produzione diagnostica. Il problema del referente è una costante culturale in medicina, perenne fonte di controversie tra realisti e nominalisti: ora questo problema diventa centrale, visto che anche fuori dalla medicina la diagnosi è sempre più spesso quel momento conoscitivo rigorosamente posto davanti a qualsiasi tipo di intervento, e forse possiamo addirittura parlare di "distribuzione sociale del linguaggio diagnostico". Esistono evidenze quantitative al riguardo – raccolte mediante l'analisi dei titoli in tema di diagnosi disponibili in commercio – le quali attestano che tale fenomeno è consolidato e niente affatto marginale.

Definizioni

Preliminarmente è necessario qualche cenno di etimologia. La parola *diagnosi* corrisponde al termine greco *diagnosis*, che significa "giudizio, distinzione, valutazione", formato dalla composizione di *dia*, "attraverso", e di *gnosis*, "conoscenza", ovvero "conoscenza mediata" (da segni). Il significato storicamente sedimentato di *diagnosi*, attestato a partire dagli inizi del Settecento, è questo: "definizione d'una malattia attraverso i sintomi". La cronologia dei termini derivati è la seguente: l'aggettivo *diagnostico*, "relativo alla diagnosi", è attestato dagli inizi del Settecento; il sostantivo

diagnostica, “arte e metodo della diagnosi”, è attestato a partire dalla seconda metà del Settecento; il verbo *diagnosticare*, “riconoscere mediante diagnosi”, è attestato a partire da fine Ottocento. Il 1883 è un anno fondamentale per la storia della parola *diagnosi*, quando il Carducci la “definisce” come “giudizio d’un fenomeno dopo averne considerato ogni aspetto” (Cortelazzo e Zolli, 1999, p. 456).

Carducci stabilisce dunque il significato universale di *diagnosi*, svincolato da qualsiasi precomprensione di tipo clinico [v. cap. 1 – n.d.a.]. Qualsiasi riflessione sulla diagnosi adeguata alla didattica sanitaria dovrà allora partire da questo concetto esteso, e solo successivamente potrà andare alla ricerca di analogie e differenze tra i vari settori applicativi. La finalità ultima di tale riflessione consisterà nel miglioramento della comunicazione con l’utente.

Il nostro termine, per non rimanere concettualmente mal rappresentato, richiede anche una definizione stipulativa che sia ben riconoscibile dal punto di vista sociolinguistico; per accuratezza la presentiamo in forma bipartita: *a*) in senso generale, la diagnosi è un “tecnoletto” (Cardona, 1988, p. 300) di alto prestigio, il cui lessico di base è trasversale a varie lingue settoriali. Termini propri del linguaggio diagnostico sono – oltre a *diagnosi* e *diagnostica* – *valutazione*, *identificazione* e *accertamento* (Falcone, 2005, pp. 10-11); *b*) in senso specifico, una diagnosi è una stringa lessicale standardizzata, «una proposizione logica, linguisticamente definita e articolata» (Veglia, 2003, p. 9), eventualmente codificata in un testo di classificazione, che rimanda a una nozione condivisa dai membri di una determinata comunità professionale in vista di un qualche intervento. Caratteristica propria di una diagnosi, in quanto termine di una lingua settoriale, è la “sola funzione referenziale” (Cardona, 1988, p. 300).

Da questa definizione complessa discende che un discorso sistematico sul problema del referente dovrà accurata-

mente evitare di farsi catturare da una anticipata riflessione di tipo medico. Allo scopo, in luogo di "malattia" – referente intuitivo di qualsiasi diagnosi per chiunque si occupi di medicina – utilizzeremo un termine neutro: *oggetto di diagnosi*, da intendersi epistemologicamente come mero oggetto formale. Procediamo dunque alla presentazione dello studio quantitativo riguardante la distribuzione sociale del linguaggio diagnostico.

Metodologia

Viene applicata la metodologia statistica descrittiva. Dai manuali utilizzati (Massariello Merzagora, 1982; Olivieri, 1998; Rossi, 2002; Cortelazzo e Tuzzi, 2008) vengono ricavati il lessico specialistico e la corretta procedura di ricerca, qui presentata per punti fondamentali.

Ipotesi, risultato atteso, corollario

Ipotesi: considerati i libri attualmente in commercio, la distribuzione dei titoli in tema di diagnosi secondo differenti aree disciplinari viene assunta come valido indicatore della distribuzione sociale del linguaggio diagnostico. La verifica di tale fenomeno dimostrerebbe l'adeguatezza di un approccio sociolinguistico alla teoria della diagnosi. Il risultato atteso è il seguente: la quantificazione dei titoli in tema di diagnosi ripartiti per differenti aree disciplinari segnala una consistente distribuzione sociale del linguaggio diagnostico, pertanto l'approccio indicato è adeguato. Corollario: una riflessione generale sulla diagnosi, sviluppata a partire dal problema del referente in diversi ambiti, contribuisce a chiarire il significato della diagnosi all'interno dello stesso ambito sanitario, con benefici nella comunicazione tra operatori e utenti.

Fonte dei dati

È stato consultato Internet Bookshop Italia, catalogo bibliografico ad accesso libero che fa capo al gruppo Messaggerie, la maggiore società italiana per la distribuzione libraria. La banca dati permette la selezione dei titoli dei libri in commercio mediante criteri di ricerca semplici, ma va rilevato che, occasionalmente, l'aggiornamento della stessa può non essere abbastanza tempestivo e contenere inesattezze in ordine alla reale disponibilità dei singoli titoli. La fonte va tuttavia ritenuta sufficientemente attendibile ai fini della presente ricerca.

Formulazione del problema e determinazione dell'universo

Metodologicamente la rilevazione delle unità statistiche dipende dalla formulazione del problema statistico, che è il seguente: qual è la distribuzione del tema "diagnosi" nei titoli dei libri in commercio in rapporto a diverse aree disciplinari e a diversi anni di pubblicazione?

Determinazione dell'universo: la popolazione di questa indagine è costituita dall'insieme dei titoli in tema di diagnosi riguardanti i libri commercializzati attualmente in Italia (dati Internet Bookshop relativi al 17 marzo 2011). Il collettivo statistico è stato determinato mediante l'inserimento, nel campo "titolo" della ricerca avanzata del catalogo libri, di due parole chiave, "diagnosi" e "diagnostica", in due momenti separati. Queste parole coprono adeguatamente il tema da esaminare: a "diagnosi" afferiscono i titoli che contengono la forma *diagnosi* (sostantivo invariabile), mentre a "diagnostica" afferiscono i titoli che presentano le forme *diagnostica* (sostantivo e aggettivo), *diagnostico*, *diagnostici* e *diagnostiche*; a questo stesso termine afferiscono inoltre i titoli che presentano la forma *diagnosticare* (verbo) e i titoli

contenenti le forme di uso internazionale *diagnostic* (aggettivo e sostantivo) e *diagnostics* (sostantivo plurale). L'universo risulta dall'unione dei due insiemi derivati dalle due parole chiave utilizzate (N = 823).

Costruzione del campione

La riduzione dell'universo a campione è stata subordinata a criteri espliciti, al fine di produrre un corpus maneggevole dal quale risultino estromessi gli elementi incongruenti o ridondanti.

Criteri di inclusione: il campione è costituito dai titoli dei libri destinati alla formazione professionale, alla formazione scientifica di base e allo studio specialistico pubblicati negli anni 2006, 2007, 2008, 2009 e 2010.

Criteri di esclusione: dal campione sono stati esclusi i titoli precedenti al 2006, i titoli pubblicati nell'anno in corso, i titoli di opere letterarie, i titoli multipli (edizioni brossurate e rilegate, edizioni in più tomi) e i titoli di supporti informatici privi di testo a stampa presenti nel catalogo libri.

Il campione definisce il campo d'indagine (N = 308).

Costruzione delle categorie

Le categorie sono finalizzate alla corretta descrizione delle unità statistiche (i singoli titoli), pertanto si è reso necessario un lavoro di precisazione della loro identità e del loro contenuto semantico. La ricognizione esplorativa (pre-test) è stata effettuata sull'anno 2010, e ha permesso di elicitare sei grandi aree disciplinari di afferenza dei titoli, a cui sono state attribuite le seguenti denominazioni: "Agraria-Veterinaria", "Conservazione dei Beni Culturali", "Economia", "Ingegneria", "Medicina", "Scienze dell'Educazione". Que-

ste categorie, ai fini dello spoglio, e per l'analisi e la sintesi tabellare, verranno etichettate con *AV*, *CBC*, *Ec*, *Ing*, *Med*, *SE*.

Ampiezza delle categorie

Sebbene a livello di lettura superficiale esse sembrino dover corrispondere a ben determinati settori accademici, il loro contenuto semantico va inteso come più vasto rispetto al significato di senso comune. In particolare: la denominazione ibrida *AV* include testi di orticoltura; *CBC* include testi di archeologia; *Ec* include testi per la gestione aziendale; *Ing* include testi per autoriparatori; *Med* include testi di omeopatia; *SE* include testi di analisi politica.

Le categorie di classificazione delle unità statistiche vengono saturate mediante due processi, che rimandano a due distinte modalità cognitive: *a*) a priori, su base irriflessa; esempio: assumendo che la neurologia afferisce a "Medicina", nel momento dello spoglio qualsiasi testo per la diagnosi neurologica verrà associato a *Med*; *b*) a posteriori, su base riflessa; esempio: nello spoglio viene rilevato un titolo non atteso riguardante la diagnosi in omeopatia; pur conoscendo il controverso statuto epistemologico di questa pratica – che potrebbe peraltro afferire a una categoria etichettabile come *Farm* – si decide che l'area discliplinare corretta sarà comunque *Med*, tenuto conto della norma metodologica di riduzione delle categorie concettuali e del principio di avalutatività del ricercatore in campo sociale.

Livello di misurazione e spoglio

L'unità statistica è costituita dal singolo testo (titolo), a cui vengono attribuiti caratteri di tipo qualitativo non ordinabili: "anno di pubblicazione" e "area disciplinare". La

descrizione del dato sarà quindi operata su scala nominale (parleremo quindi non di “variabili” ma di “mutabili”). Lo spoglio, vista la bassa numerosità del campione, viene eseguito manualmente annotando a lato di ogni titolo (unità statistica) la lettera iniziale della categoria assegnata. Il conteggio delle singole ricorrenze verrà quindi riportato in tabelle per le distribuzioni di frequenza. È prevista la costruzione della categoria cumulativa *Altre*, inglobante i dati corrispondenti alle categorie *AV*, *CBC*, *Ec*, *Ing* e *SE*; ciò consentirà una comparazione diretta, mediante calcoli percentuali, con l’area disciplinare *Med*, presumibile valore di moda. Una serie temporale e poche rappresentazioni grafiche semplici saranno indicative di eventuali linee di tendenza. La categoria *Altre* ha lo scopo di monitorare la consistenza complessiva della distribuzione sociale del linguaggio diagnostico.

Informazioni riassuntive

Fonte: catalogo libri di Internet Bookshop Italia (www.ibs.it).

Interrogazione della banca dati: 17 marzo 2011 (campo “titolo” della ricerca avanzata).

Insiemi di partenza: *a*) titoli in tema di diagnosi risultanti dalla immissione della parola chiave “diagnosi”: N = 455; *b*) idem per la parola chiave “diagnostica”: N = 368.

Popolazione: N = 823**.**

Campione: titoli in tema di diagnosi pubblicati nell’ultimo quinquennio, dopo applicazione dei criteri di esclusione: N = 308.

Rapporto campione/popolazione: 37%.

Caratteri considerati per ogni unità statistica: due mutabili: *a*) “anno di pubblicazione”, con cinque modalità: *2006*, *2007*, *2008*, *2009*, *2010*; *b*) “area disciplinare”, con sei modalità: *AV*, *CBC*, *Ec*, *Ing*, *Med*, *SE*.

Risultati

Vengono presentati con due tabelle e con due rappresentazioni grafiche. Nella Tabella 1 riportiamo anno per anno le distribuzioni di frequenza e, quale dato sintetico, il rapporto *Med/Altre*; nella Tabella 2 riportiamo una serie temporale per “area disciplinare” e “anno di pubblicazione”; quindi nella Figura 1 presentiamo i dati percentuali relativi al rapporto *Med/Altre* in sequenza cronologica; infine nella Figura 2 presentiamo la ripartizione media dell’ultimo quinquennio.

Tabella 1. *Titoli in tema di diagnosi dal 2006 al 2010: ripartizione per area disciplinare.*

Anno 2006

Distribuzione di frequenza

Area disciplinare	AV	CBC	Ec	Ing	Med	SE	**Totale**
f	2	9	1	6	40	10	**68**

Rapporto Med/Altre

Area disciplinare	**f**	**%**
Med	40	59
Altre	28	41
Totale	**68**	**100**

Anno 2007

Distribuzione di frequenza

Area disciplinare	AV	CBC	Ec	Ing	Med	SE	**Totale**
f	2	3	-	1	35	12	**53**

Rapporto Med/Altre

Area disciplinare	**f**	**%**
Med	35	66
Altre	18	34
Totale	**53**	**100**

Anno 2008

Distribuzione di frequenza

Area disciplinare	AV	CBC	Ec	Ing	Med	SE	**Totale**
f	3	7	3	1	49	15	**78**

Rapporto Med/Altre

Area disciplinare	**f**	**%**
Med	49	63
Altre	29	37
Totale	**78**	**100**

Anno 2009

Distribuzione di frequenza

Area disciplinare	AV	CBC	Ec	Ing	Med	SE	**Totale**
f	2	4	1	4	39	8	**58**

Rapporto Med/Altre

Area disciplinare	**f**	**%**
Med	39	67
Altre	19	33
Totale	**58**	**100**

Anno 2010

Distribuzione di frequenza

Area disciplinare	AV	CBC	Ec	Ing	Med	SE	**Totale**
f	1	6	2	7	31	4	**51**

Rapporto Med/Altre

Area disciplinare	**f**	**%**
Med	31	61
Altre	20	39
Totale	**51**	**100**

Legenda: AV = Agraria-Veterinaria; CBC = Conservazione dei Beni Culturali; Ec = Economia; Ing = Ingegneria; Med = Medicina; SE = Scienze dell'Educazione; Altre = categoria cumulativa (AV + CBC + Ec + Ing + SE).

Nota: i dati percentuali sono arrotondati.

Tabella 2. *Titoli in tema di diagnosi dal 2006 al 2010: serie temporale per area disciplinare e anno di pubblicazione (valori assoluti).*

	2006	2007	2008	2009	2010	Totale
AV	2	2	3	2	1	**10**
CBC	9	3	7	4	6	**29**
Ec	1	-	3	1	2	**7**
Ing	6	1	1	4	7	**19**
Med	40	35	49	39	31	**194**
SE	10	12	15	8	4	**49**
Totale	**68**	**53**	**78**	**58**	**51**	**308**

Legenda: AV = Agraria-Veterinaria; CBC = Conservazione dei Beni Culturali; Ec = Economia; Ing = Ingegneria; Med = Medicina; SE = Scienze dell'Educazione.

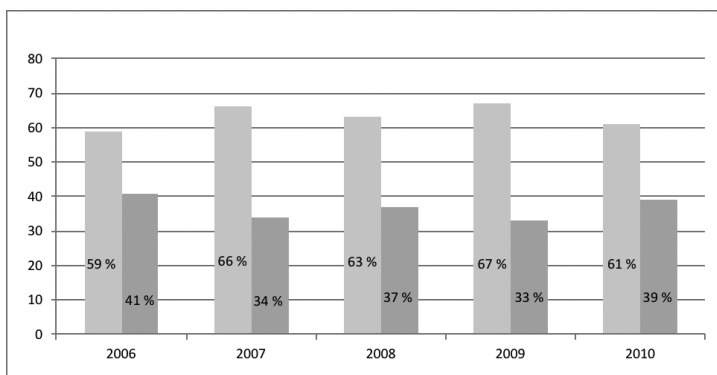
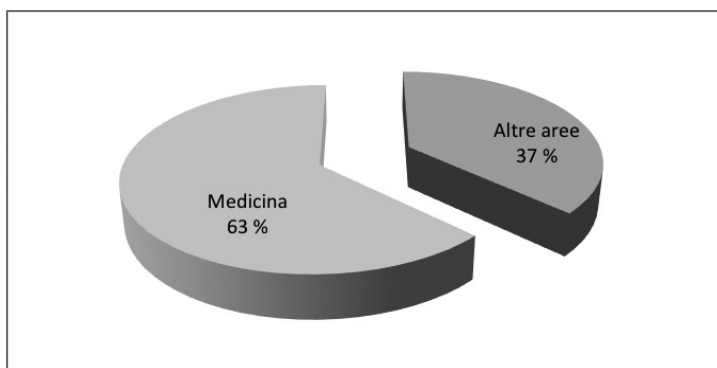
Figura 1. *Titoli in tema di diagnosi dal 2006 al 2010: confronto percentuale Med/Altre.*

Legenda: grigio chiaro = Med; grigio scuro = Altre.

Figura 2. *Ripartizione media dei titoli in tema di diagnosi nel quinquennio 2006-2010.*

Nota: i titoli in tema di diagnosi esterni all'ambito medico umano interessano le seguenti aree: Agraria-Veterinaria, Conservazione dei Beni Culturali, Economia, Ingegneria e Scienze dell'Educazione.

Note integrative

I dati sintetici derivanti dalla ricerca sui libri in commercio confermano l'intuizione che il valore di moda corrisponde di regola all'area medica ma, simultaneamente, mostrano che le altre aree disciplinari sono di notevole importanza: un titolo su tre tratta di diagnosi in ambiti esterni alla medicina umana, fra cui spiccano le scienze dell'educazione, la conservazione dei beni culturali e l'ingegneria. L'ipotesi che siamo in presenza di un fenomeno di distribuzione sociale del linguaggio diagnostico è dunque verificata. Va anche notato che i dati della ripartizione media risultano uguali ai dati di confronto relativi all'anno 2008, ma questa corrispondenza va letta come risultato casuale. L'evoluzione lungo gli ultimi cinque anni mostra peraltro dati percentuali non molto variabili nel tempo, segno che il fenomeno portato alla luce è consolidato.

Come ulteriore controllo, è stata eseguita un'indagine minima di tipo comparativo, analizzando il catalogo del Servizio Bibliotecario Nazionale limitatamente ai titoli del 2010. Si trattava di verificare se, cambiando la natura della fonte – non più una lista d'uso commerciale ma il catalogo generale dei libri reperibili nelle biblioteche italiane – i risultati convergessero oppure no.

Questa verifica di secondo livello è stata sottoposta agli stessi passi di ricerca già precedentemente esplicitati, e si basa su dati raccolti il 17 marzo 2011 (www.sbn.it, campo "titolo" della ricerca avanzata). I filtri sono stati così impostati: anno di pubblicazione: 2010; livello bibliografico: monografia; tipo di documento: testo a stampa; lingua di pubblicazione: italiano; paese di pubblicazione: Italia. A seguito dello spoglio, tra la categoria *Med* e la categoria cumulativa *Altre* il campione (N = 60) è risultato ripartito esattamente al 50%.

Il dato aggiuntivo appena presentato conferma la consistenza e varietà di applicazioni del linguaggio diagnostico.

Questo, transitando da argomento di interesse circoscritto a una sola categoria professionale colta a fenomeno sociolinguistico di vasta portata, suggerisce la necessità pedagogica di proporre cenni di teoria della diagnosi all'interno della stessa formazione sanitaria di base a partire dal problema del referente, al fine di prevenire possibili concezioni ingenue negli studenti.

Prospettive

Dobbiamo adesso chiederci quali contenuti per la didattica sanitaria potranno essere promossi dal nostro studio sui titoli dei libri in commercio. Una diagnosi è un'espressione linguistica, un giudizio; ma le parole, quando non semanticamente vuote, si riferiscono sempre a qualcosa. Includere la descrizione di settori esterni alla medicina umana nel presentare il problema del referente – e a questo associare un termine neutro come *oggetto di diagnosi* – potrebbe essere una strategia didatticamente produttiva. Qual è dunque l'oggetto a cui una diagnosi si riferisce?

A un primo livello di riflessione, il problema semiotico dell'oggetto di diagnosi potrebbe essere esemplificato dai quattro ambiti d'uso più importanti del tecnoletto diagnostico, da noi appena quantificati in termini di interesse editoriale – medicina, scienze dell'educazione, conservazione dei beni culturali e ingegneria, come da Tabella 2. Per esempio potremmo argomentare che: *a*) una diagnosi medica si riferisce a una "patologia"; *b*) una diagnosi psicologico-educativa si riferisce a un "disagio"; *c*) una diagnosi in tutela dei beni culturali si riferisce a un "degrado"; *d*) una diagnosi ingegneristica si riferisce a un "guasto" – utilizzando poi queste parole come termini convenzionali sovraordinati per analisi ulteriori, come nel caso di Nordenfelt che, in filosofia della medicina, assume la parola "patologia" come termi-

ne ombrello da distinguersi concettualmente in "malattia", "menomazione", "lesione" e "difetto" (Federspil, Giaretta e Moriggi, 2008, pp. 273-274). Analisi linguistiche incrociate col lessico di altre discipline diagnostiche potrebbero infine rivelarsi funzionali in ordine all'aumentata consapevolezza d'uso della parola nella relazione col paziente.

A un secondo livello di riflessione troveremo quindi il dibattito attorno alla connotazione dell'oggetto di diagnosi in medicina. Novant'anni fa Allbutt, un medico inglese impegnato nella didattica sanitaria, scrisse: «Lasciateci ricordare che le malattie non sono "entità morbose" ma stati di molte persone, stati innumerevoli, ognuno diverso dall'altro, di cui noi ci formiamo dei concetti generali; non c'è nessuna *cosa* ("entità") quale, ad esempio, la febbre tifoide – che è un concetto, un necessario frutto dell'immaginazione» [«Let us remember that diseases are not "morbid entities" but states of many persons, multitudinous states, no two alike, but of which we form general concepts; there is no such *thing* ("entity"), for example, as typhoid fever – which is a concept, a necessary figment of the imagination» – n.d.a.] (Allbutt, 1922, p. 409). La controversia tra realismo e nominalismo riemerse allora sulla base della teoria del triangolo semiotico di Ogden e Richards, una esplicita "terapia linguistica" che invita a saper distinguere tra parole pensieri e cose, e a riflettere sui loro rapporti (Ogden e Richards, 1923), un testo che Eco considera ancora degno di essere letto (Eco, 1988). Fra i suoi allegati era presente un saggio di Crookshank, un autore per noi di importanza capitale.

Crookshank fu l'antesignano dell'approccio sociolinguistico in teoria della diagnosi medica. Egli – dichiaratamente debitore nei confronti del collega Allbutt – nel suo allegato al testo di Ogden e Richards volle considerare la trascuratezza comunicativa di quei medici che non sanno tener conto della distinzione tra parole pensieri e cose. Il titolo dato al suo contributo è un intero programma di ricerca. Di quelle venti den-

sissime pagine riportiamo una citazione basilare: «Nel gergo ospedaliero, le "malattie" sono "entità morbose" e gli studenti di medicina sono profondamente convinti che queste "entità" esistano in qualche modo *in rebus naturae* e siano state scoperte dai loro insegnanti un po' come l'America venne scoperta da Colombo» (Crookshank, 1923, p. 390). Il problema didattico delle misconcezioni attorno al referente fondamentale di una qualsiasi diagnosi medica era stato aperto.

Nella trattatistica odierna gli oggetti di diagnosi vengono ancora presentati come entità o come concetti – discorsivamente e anche esplicitamente – e spesso la loro connotazione oscilla tra queste due posizioni all'interno di uno stesso testo. Non stupisce quindi che, nell'insegnamento della patologia medica, Cagli ritenga opportuno avvertire che «quella non-specie botanica che è la malattia, altro non è se non una costruzione e dunque un artefatto, utile fin che si vuole, ma non certo esistente in natura» (Cagli, 2007, p. 54). La posizione di Cagli ci dice che il problema del referente non è superato.

Conclusioni

La teoria della diagnosi secondo il punto di vista delle scienze umane non ha una propria sistematicità, è anzi diffusa in una miriade di testi eterogenei dei quali è impossibile comporre una sintesi. Tanto per cominciare, in ambito letterario Kraus disse perentoriamente che la diagnosi è «una delle malattie più diffuse» (Calasso, 1992, p. 53) e, a partire da una sua raccolta del 1919, sviluppò una teorizzazione demolitiva. Il grande aforista viennese, riscoperto non molti anni fa da Antiseri (2003, pp. 74-79), alludeva alla interpretazione psicoanalitica, che secondo Frankl sfocerebbe in "nevrosi iatrogene" (Frankl, 1975, pp. 127-131), paure indotte da una comunicazione distorta.

In ambito pedagogico, chi scrive ha concettualizzato il problema delle "credulonerie diagnostiche" (Doliana, 2010, pp. 29-31) cioè il fenomeno della ipostatizzazione dei concetti clinici, e ha affermato la necessità di riscoprire il lavoro pionieristico di Crookshank secondo una prospettiva sociolinguistica, segnatamente in ordine al problema del prestigio nel campo dell'educazione terapeutica. In ambito linguistico Lucchini ha raccolto i contributi di 50 autori contemporanei di varia formazione, in un lavoro orientato alla correttezza delle pubbliche relazioni in campo sanitario (Lucchini, 2008), mentre Serianni ha prodotto un lavoro sistematico – ad approccio diacronico e sincronico – riguardante il linguaggio medico in quanto "lingua settoriale" (qui il linguaggio diagnostico viene trattato parallelamente al linguaggio terapeutico). Questo suo testo ha il raro pregio di segnalare agli studiosi il contributo di Crookshank alla riflessione linguistica in medicina (Serianni, 2005, p. 8).

Il discorso delle scienze umane attorno al problema del referente in teoria della diagnosi, sebbene quasi vecchio di un secolo, sembra però ancora una novità. Un approccio di ricerca trasversale, come quello delineato nel lavoro qui proposto, potrebbe aprire vie di conoscenza molto feconde, capaci forse di rideterminare concettualmente la diagnosi come momento specifico dell'atto medico.

Note bibliografiche

Allbutt C. (1922), *The training of the medical student*, "British Medical Journal", 2 settembre 1922, pp. 407-409.

Antiseri D. (2003), *Il verdetto della "Grande Vienna": "La psicoanalisi è un interpretare sfrenato"*. In D. Antiseri, G. Federspil e C. Scandellari, *Epistemologia, clinica medica e la "questione" delle medicine "eretiche"*, Catanzaro, Rubbettino, pp. 49-87.

Cagli V. (2007), *La crisi della diagnosi. Cosa è mutato nel concetto e nelle procedure della diagnosi medica*, Roma, Armando.

Calasso R. (1992), *Una muraglia cinese*. In K. Kraus, *Detti e contraddetti*, Milano, Adelphi, 2002, pp. 9-68.

Calvino I. (1988), *Lezioni americane. Sei proposte per il prossimo millennio*, Milano, Garzanti.

Cardona G.R. (1988), *Dizionario di linguistica*, Roma, Armando.

Chiosso G. (1997), *Novecento pedagogico. Profilo delle teorie educative contemporanee*, Brescia, La Scuola.

Cortelazzo M. e Zolli P. (1999), *DELI. Dizionario Etimologico della Lingua Italiana*, Bologna, Zanichelli.

Cortelazzo M. e Tuzzi A. (2008), *Metodi statistici applicati all'italiano*, Bologna, Zanichelli.

Crookshank F.G. (1923), *L'importanza di una teoria dei segni e di una critica del linguaggio nello studio della medicina*. In C.K. Ogden e I.A. Richards, *Il significato del significato. Studio dell'influsso del linguaggio sul pensiero e della scienza del simbolismo*, Milano, Il Saggiatore, 1966, pp. 384-404.

Doliana C. (2010), *Il pedagogista e l'educazione terapeutica: tra rinuncia al modello medico e rifiuto degli approcci magici*, "Professione Pedagogista", vol. 14-15, n. 34-35, pp. 26-34.

Eco U. (1988), *The meaning of "The meaning of meaning"*.

In C.K. Ogden e I.A. Richards, *The meaning of meaning. A study of the influence of language upon thought and of the science of symbolism*, New York, Harcourt Brace Jovanovich, 1989, pp. v-xi.
Falcone A. (2005), *Diagnosi clinica. Teoria e metodo*, Roma, Borla.
Federspil G., Giaretta P. e Moriggi S. (a cura di) (2008), *Filosofia della medicina*, Milano, Raffaello Cortina.
Frankl V.E. (1975), *Teoria e terapia delle nevrosi*, Brescia, Morcelliana, 2001.
Gatto Trocchi C. (2001), *Affare magia. Ricerca su magia ed esoterismo in Italia*, Brescia, Queriniana.
Lucchini A. (a cura di) (2008), *Il linguaggio della salute*, Milano, Sperling & Kupfer.
Massariello Merzagora G. (1982), *La lessicografia*, Bologna, Zanichelli.
Ogden C.K. e Richards I.A. (1923), *The meaning of meaning. A study of the influence of language upon thought and of the science of symbolism*, London, Kegan Paul, Trench, Trubner & co.; New York, Harcourt, Brace & company; trad. it. effettuata sulla 8^ edizione inglese, London, Routledge & Kegan Paul, *Il significato del significato. Studio dell'influsso del linguaggio sul pensiero e della scienza del simbolismo*, a cura di L. Pavolini, Milano, Il Saggiatore, 1966.
Olivieri D. (1998), *Fondamenti di statistica*, Padova, Cedam, 2002.
Rossi G. (2002), *Statistica descrittiva per psicologi*, Roma, Carocci.
Scandellari C. (2010), *La metodologia in medicina*. In A. Pagnini (a cura di), *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica, diritto*, Roma, Carocci, pp. 221-254.
Serianni L. (2005), *Un treno di sintomi. I medici e le parole: percorsi linguistici nel passato e nel presente*, Milano, Garzanti.
Veglia M. (a cura di) (2003), *Augusto Murri. Il cammino del vero: lezioni di clinica medica*, Roma, Carocci.

5

La vaghezza dell'oggetto di diagnosi e la proliferazione del linguaggio diagnostico

Premessa

La ridefinizione concettuale di oggetti ed eventi, di cui ogni tanto abbiamo notizia, produce sempre un senso di spaesamento, che coglie ugualmente realisti e nominalisti, credenti e atei, rappresentanti delle Scienze naturali e delle Scienze sociali. Vediamo due esempi.

Oggetti naturali. I pianeti del sistema solare sono otto, e non nove come avevamo imparato a scuola. Nel 2006 l'Unione astronomica internazionale decise di riformulare la definizione di *pianeta* (Gatti et al., 2007, p. 1126), ponendo all'attenzione degli studiosi un vecchio, affascinante tema: il rapporto tra parole e cose, tra la rappresentazione del mondo e il mondo così com'é. Plutone continua ad esistere, ma in quanto "pianetino" sta per scomparire dai nuovi atlanti scolastici.

Eventi naturali. C'è un periodo dell'anno in cui il *mezzogiorno* è all'una del pomeriggio. Nel 1916 in Italia si stabilì per decreto di spostare avanti gli orologi di un'ora, con motivazioni di risparmio energetico (Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia, 1916, p. 2763). Immuni dalle misure legali, anche in estate le meridiane continuarono a segnare il mezzogiorno a mezzodì, ognuna giustamente in momenti differenti, poiché, come sappiamo, il sole non si sposta in modo discreto ma continuo.

Tali esempi illustrano bene la classica distinzione tra "vox" e "res", tra piano del linguaggio e piano della realtà. Di norma questi due livelli entrano in collisione: «Non appena noi parliamo della realtà, di qualche aspetto o pezzo di realtà, vi gettiamo sopra concetti e teorie. Ogni nostra osservazione è imbrattata di teoria: una maschera di teoria copre l'intero volto della natura» (Antiseri, 2007, p. 44). Ma ci sono diversi gradi di imbrattamento del reale: mentre nel caso di Plutone un certo oggetto viene semplicemente classificato in modo nuovo, nel caso dell'ora legale abbiamo una convenzione (il fuso orario) sulla quale viene esercitato un arbitrio. Ciò dimostra che un evento può anche essere letteralmente costruito. Uno dei modi più efficaci per costruire realtà fittizie è il linguaggio diagnostico.

La diagnosi tra descrizione e costruzione del mondo

Per quanto la diagnosi sia considerata come «l'elemento essenziale dell'atto medico» (Scandellari, 2010, p. 233), il termine *diagnosi* viene utilizzato in diversi settori di intervento (Doliana, 2011), sia nel significato di "processo" investigativo, o tecnica diagnostica, che di "prodotto" linguistico, o formulazione diagnostica (Cagli, 2007, p. 29). Nel presente lavoro considereremo la diagnosi in questa seconda accezione, ossia come linguaggio, e in particolare come insieme lessicale di uso specialistico multisettoriale, le cui fonti primarie sono i manuali diagnostici, quei testi cioè che raccolgono varie formulazioni standardizzate ritenute utili per la pratica di una comunicazione professionale non equivoca.

Attestazioni della locuzione *linguaggio diagnostico* le troviamo soltanto in tempi recenti [v. cap. 1 – n.d.a.], ad esempio nel manuale *PDM* (Lingiardi e Del Corno, 2008, p. xxix). Questo termine permette di porre teoreticamente una distinzione tra diagnosi e oggetto di diagnosi, tra pia-

no del linguaggio e piano della realtà. Negli ultimi anni si è quindi potuto giustificare uno studio della diagnosi in quanto sistema lessicale, indipendentemente da precomprensioni di tipo clinico.

Si tratta di un terreno di ricerca poco battuto, ma non marginale: il "corpus" delle diagnosi esistenti sul mercato editoriale in lingua italiana assomma a molte centinaia di formulazioni raccolte in diversi manuali, e dal punto di vista lessicometrico la consistenza complessiva delle occorrenze non è stata ancora calcolata. Per la statistica linguistica si profila un compito nuovo.

Una "diagnosi", oltre ad essere il «nome» di una «malattia» naturalisticamente intesa (Dall'Ara e Cocilovo, 2005, p. 301) è una «descrizione tecnica concisa» di una «condizione, situazione o problema» (Battaglia, 1995, p. 409). Pertanto il referente, che chiameremo *oggetto di diagnosi* (Doliana, 2011), occupa un ampio spazio del reale, che interessa le Scienze naturali così come le Scienze sociali.

A seguito della proliferazione del linguaggio diagnostico, la "cosa" a cui una diagnosi si riferisce ha dunque assunto aspetti progressivamente più sfumati, tanto che all'interno di uno stesso testo appare spesso impossibile distinguere la descrizione di eventi naturali dalla ipostatizzazione di sentimenti e comportamenti. Il piano della realtà, costruito su parole, risulta sempre più sconnesso, fantasmatico, evanescente.

Con *Il mondo o trattato della luce* si afferma quel tipo di pensiero in cui la "res extensa" soccombe alla "res cogitans", e che possiamo chiamare *realismo concettuale*. Dice Cartesio: «Il mio progetto non consiste tanto nello spiegare [...] le cose che sono effettivamente nel vero mondo, ma soltanto di immaginarne uno a piacere in cui non vi sia nulla che le menti più rozze non siano in misura di concepire e che possa tuttavia essere creato esattamente come lo avrò immaginato» (Lojacono, 1994, p. 417).

La filosofia neo-empirista della prima metà del XX secolo, in quanto analisi del linguaggio scientifico, cercherà poi di recuperare la realtà alla sua autonomia. Presentando il pensiero di Schlick, fondatore del Circolo di Vienna, Abbagnano spiega: «Tutte le proposizioni, tutti i linguaggi, tutti i sistemi di simboli e anche tutte le filosofie devono esprimere qualche cosa. Ma possono far questo solo se c'è qualche cosa che può essere espressa: questo è il materiale della conoscenza» (Abbagnano, 1993, p. 786).

Neurath, in opposizione a Schlick, sosterrà invece «un nominalismo radicale che riduce la scienza a puro linguaggio, senza riferimento a qualcosa di esterno [...]. Il criterio di verità delle proposizioni linguistiche non consiste nel loro confronto con dati o con esperienze immediate, ma solo nel loro confronto con altre proposizioni linguistiche [...]. La realtà stessa è, per Neurath, "la totalità delle proposizioni" cioè il linguaggio» (ivi, p. 787).

Quel grande catalogo di entità in diversi volumi, che è l'attuale linguaggio diagnostico, sembra essere la perfetta materializzazione delle posizioni filosofiche di ieri e di oggi a sostegno di un mondo totalmente costruito dalle parole.

Definizioni preliminari

Oggetto di diagnosi (piano della "res"): ombrello categoriale sotto il quale si raccolgono vari oggetti di conoscenza intuitivamente dissimili, e solo in parte afferenti a un qualche concetto di malattia. Questa, a sua volta, va considerata come oggetto di diagnosi prototipico.

La prima domanda in filosofia della medicina è la seguente: cos'è una malattia? E la risposta è spesso contenuta in una battuta di spirito: una malattia «è qualcosa che venga presentata come malattia in un trattato di patologia» (Federspil, Giaretta e Oprandi, 2010, p. 51). Il *nominalismo*

radicale sembra la strada epistemologica più dritta, in cui linguaggio e oggetto del linguaggio coincidono tautologicamente: «Composte di lettere, le malattie non hanno altra realtà che l'ordine della loro composizione» (Foucault, 1972, p. 131). Di fatto, il tema dell'oggetto di diagnosi resiste a qualsiasi riduzione nominalistica.

Linguaggio diagnostico (piano della "vox"): sistema lessicale costituito dalle stringhe diagnostiche e dalle loro esplicitazioni contenute nei manuali, che prescinde dal riferimento extralinguistico. Data la sua consistenza, rappresenta un possibile campo di studio per la linguistica computazionale.

Questo termine possiede anche un'accezione squisitamente sociolinguistica, quale «"tecnoletto" di alto prestigio, il cui lessico di base è trasversale a varie lingue settoriali. Termini propri del linguaggio diagnostico sono – oltre a *diagnosi* e *diagnostica* – *valutazione*, *identificazione* e *accertamento*» (Doliana, 2011, p. 40). Bisogna rilevare che, per essere adeguatamente descritto, il linguaggio diagnostico contemporaneo va interpretato come altro rispetto al linguaggio medico: le differenze più importanti sono qui elencate nella Tabella 1.

Sia il termine *oggetto di diagnosi* che il termine *linguaggio diagnostico* hanno un ruolo di chiarificazione del pensiero, utile in medicina così come in quegli ambiti culturali eterogenei che tanta parte hanno nella nostra cultura (Federspil e Scandellari, 2003). Ma i motivi di attenzione per questa nuova terminologia sono di natura strettamente formativa, nel campo della pedagogia medica e più in generale nell'ambito di una pedagogia della comunicazione professionale.

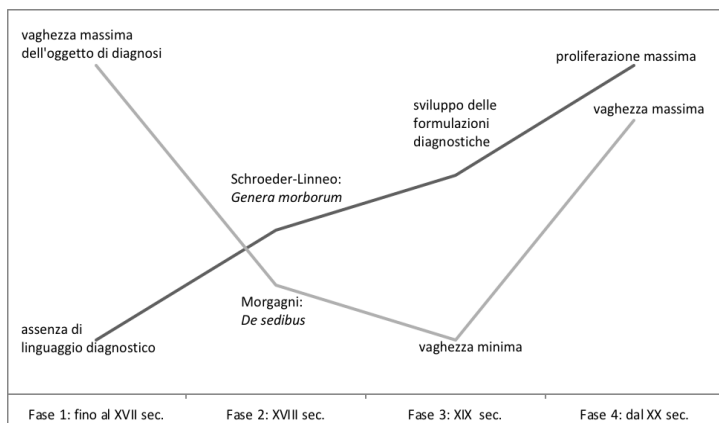
Tabella 1. *Tratti distintivi del linguaggio medico e del linguaggio diagnostico.*

Linguaggio medico	Linguaggio diagnostico
1. settoriale	1. multisettoriale
2. utilizzato dai medici	2. utilizzato da un pubblico in espansione
3. centrato sulla funzione referenziale	3. centrato sulla funzione retorica
4. orientato alla comunicazione tra professionisti e pubblico	4. orientato alla produzione di ideologia professionale
5. descrittivo di patologie e di terapie	5. descrittivo di sentimenti e comportamenti
6. veicolato a livello verbale e scritto	6. veicolato prevalentemente a livello scritto
7. scarsamente suscettibile di parodia	7. altamente suscettibile di parodia
8. esposto a critica intraparadigmatica	8. esposto a critica letteraria e sociolinguistica
9. a proliferazione contenuta	9. a proliferazione elevata

Divergenze e convergenze diacroniche

Nel corso del tempo non è mai esistito un rapporto costante tra il grado di indeterminatezza concettuale dell'oggetto di diagnosi e la quantità di linguaggio diagnostico prodotto. Queste due variabili storiche, etichettabili in termini di "vaghezza" (dell'oggetto) e "proliferazione" (del linguaggio), hanno un andamento indipendente, come possiamo vedere in Figura 1.

Operando una sintesi estrema all'interno di una periodizzazione a maglie larghe, abbiamo distinto quattro fasi; ognuna la descriveremo ponendo in parallelo lo sviluppo delle concezioni sull'oggetto di diagnosi – che in realtà è molto complesso e occupa interi capitoli di libri specialistici – e lo sviluppo del linguaggio diagnostico. Questo verrà ricostruito mediante fonti di prima mano.

Figura 1. *Variabili storiche a confronto: vaghezza dell'oggetto di diagnosi e proliferazione del linguaggio diagnostico.*

Legenda: grigio chiaro = vaghezza dell'oggetto di diagnosi; grigio scuro = proliferazione del linguaggio diagnostico.

Fase 1: fino al XVII *secolo*

Oggetto di diagnosi. La malattia, cioé l'oggetto di diagnosi prototipico, per Ippocrate è un evento naturale, ma nella precedente e successiva "concezione ontologica" diventa un qualcosa di vago quanto esistente, al di fuori del malato; Paracelso distingue cinque diverse "entità" (Federspil, Giaretta e Moriggi, 2008, pp. 235-236). Grmek osserva: «La personificazione della malattia ha lasciato tracce permanenti nel linguaggio. Anche quando la concettualizzazione della malattia sarà diventata perfettamente razionale, si continuerà a dire, nei testi medici tecnici così come in quelli letterari, che essa "colpisce" qualcuno» (Grmek, 1993, p. 327).

Linguaggio diagnostico. «Già nelle prime fasi di sviluppo della lingua greca e del latino, è possibile trovare dei nomi di malattie, il che sta a testimoniare della costituzione antichissima di determinate categorie nosologiche» (ivi, p. 339). Nei primi duemila anni di storia della medicina inizia a formarsi un linguaggio medico, ma non esistono nomenclature stilate secondo principi tassonomici.

Fase 2: XVIII *secolo*

Oggetto di diagnosi. Il più grande salto epistemologico nella storia del pensiero medico è rappresentato dal *De sedibus* di Morgagni (1761). A partire dalla osservazione di pecore col fegato cirrotico (Sterpellone, 1998, p. 178), egli dirà che una malattia si definisce innanzitutto per "sede", fornendo quella indispensabile base teorica che permetterà nei decenni successivi di precisarla come "lesione locale" (Grmek, 1996, p. 287). Il *materialismo naturalistico* tenderà così a soppiantare le fumose entità del realismo concettuale ancora dominante, e consentirà poi di studiare le singole

malattie nella loro “storia naturale”, una nozione tuttora valida (Vanoli, 2007, p. 720). L’opera di Morgagni, con la quale nasce l’anatomia patologica, «fu un avvenimento trionfale: quattro edizioni in quattro anni e traduzioni in inglese, francese e italiano» (Sterpellone, 1998, p. 178), e così pure in tedesco – fino a una selezione di brani pubblicata negli anni Sessanta (Michler e Premuda, 1967).

Linguaggio diagnostico. La dissertazione dottorale di uno sconosciuto allievo di Linneo rappresenta il momento in cui nasce il linguaggio diagnostico: si tratta del *Genera morborum* di Schroeder (1759). Nel 1763 Linneo pubblica quel lavoro nella sua raccolta di ricerche varie e se ne assume la paternità. All’epoca il grande tassonomista è professore di medicina a Uppsala, e da molti anni è in stretta corrispondenza con Sauvages, autore del coevo *Nosologia methodica*. Il manuale linneano, che è di appena trenta pagine, possiede già due tratti caratteristici contemporanei: *a*) tendenziale proliferazione delle formulazioni: nonostante il “rasoio di Occam”, citato indirettamente nella conclusione del proemio (James, 2011, p. 23), tra il 1759 e il 1763 passano da 323 a 325; *b*) sostanziale “indeterminatezza *de re*” (Varzi, 2001, p. 141): pur presentandosi come una nomenclatura delle malattie – intese come “insiemi di sintomi” (Federspil, 2010, p. 278) – l’opera contiene anche nomi di sentimenti e di comportamenti, come *nostalgia* e *bulimus*, poi *bulimia*. Il linguaggio diagnostico, sviluppato nell’ultimo quarto di secolo da Cullen (*Synopsis nosologiae methodicae*) e da Pinel (*Nosographie philosophique*), avrà così la funzione paradossale di far persistere una concezione vaga dell’oggetto di diagnosi, a dispetto della parallela crescita della conoscenza obbiettiva dei processi patologici. Nelle prime righe del proemio di Schroeder-Linneo troviamo un capitale principio metodologico: «Morborum nomina fixa evadere non possunt» (Schroeder, 1759, p. 452). Sarà il manifesto di un nuovo, fortunato genere letterario.

Fase 3: XIX secolo

Oggetto di diagnosi. «L'opera di Morgagni rappresenta certamente una rottura epistemologica, ma la rivoluzione concettuale cui egli ha dato vita si realizza pienamente solo con Bayle e Laennec [...]: secondo loro, la lesione locale non è né la causa né l'effetto della malattia, ma la sua essenza» (Grmek, 1996, p. 287), «la sua definizione» (idem, 1998, p. 223). Con Virchow, a metà del secolo, nasce poi la patologia cellulare, che sarà riconosciuta come la «base naturale della medicina» (Vannini, 2007, p. 5). È il «trionfo del solidismo localizzatore» (Grmek, 1998, p. 232), l'epoca in cui la vaghezza dell'oggetto di diagnosi è al minimo storico.

Linguaggio diagnostico. La proliferazione è inarrestabile; l'opera di Pinel continua a uscire in varie edizioni, corrette e aumentate. «Un aneddoto vuole che Pinel abbia avuto l'intenzione di sopprimere, nell'ultima edizione della *Nosologie*, la classe delle febbri e che ne sia stato impedito dal suo editore» (Foucault, 1972, p. 206). Verso la metà del secolo, Farr, riferendosi all'opera di Cullen, si fa promotore di una nomenclatura standardizzata a uso statistico (Cagli, 2007, p. 26), e alla fine del secolo inizia a diffondersi la *Classification Bertillon* (Grmek, 1998, p. 249), l'antenata dell'*ICD*.

Fase 4: dal XX secolo

Oggetto di diagnosi. In un crescendo di miniaturizzazione della "sede", oltre alla patologia cellulare si sviluppa la patologia molecolare, a partire da Garrod (ivi, p. 247), ma la lezione di Morgagni sembra ormai lontana. Col XXI secolo si comincia a parlare apertamente di "crisi della diagnosi" (Cagli, 2007). Uno dei motivi di tale crisi riguarda l'oggetto della medicina: la concettualizzazione della malattia, in quanto obbiettiva lesione locale, viene progressivamente di-

luita dall'emergere di varie altre condizioni, come per esempio l'*ipertensione arteriosa essenziale*, in cui «la deviazione dalla norma è quantitativa e non qualitativa e la distribuzione continua dei valori della pressione rende arbitraria la divisione tra normale e patologico» (ivi, p. 31). La vaghezza dell'oggetto di diagnosi torna ad aumentare.

Linguaggio diagnostico. A partire dal secondo dopoguerra la nosologia viene periodicamente aggiornata a cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: «Nel 1993, un secolo dopo l'adozione della *Classification Bertillon*, venne pubblicata a Ginevra la decima revisione della classificazione delle malattie, la prima che aspiri all'esaustività [...]. Il numero delle entità nosologiche è notevolmente aumentato, e la struttura dell'insieme perfezionata, ma le incoerenze fondamentali rimangono [...]. Lo statuto particolare delle affezioni psichiche è sottolineato dal fatto che ci si è decisi a non chiamarle più malattie, ma a parlare in modo molto più vago di "turbe mentali e del comportamento"» (Grmek, 1998, p. 250). Già nella classificazione di Schroeder-Linneo c'erano nomi di varie situazioni esistenziali, e la proliferazione del linguaggio diagnostico contemporaneo si basa su quella equivocità delle origini. Indipendentemente dall'*ICD*, manuale del linguaggio medico, con l'ultimo quarto di secolo le formulazioni diagnostiche riferite a eventi eterogenei iniziano una crescita impressionante: si sviluppa la lunga serie *DSM*, la manualistica di tipo *NANDA* e la classificazione *CD03*, a cui seguiranno, col XXI secolo, l'*ICF* e il *PDM* (limitandoci ai volumi tradotti in italiano). Questi nuovi manuali vengono usati da un pubblico molto vario: nella penultima edizione del *DSM*, ad esempio, si citano «psichiatri, medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri, terapisti del lavoro e della riabilitazione, consulenti ed altri operatori sanitari e della salute mentale» (Andreoli, Cassano e Rossi, 2001, p. 1). In altre parole, tutti coloro che a vario titolo si dedicano al sostegno socio-psico-pedagogico:

«Ormai la gamma degli psicoterapeuti comprende assistenti sociali, infermieri, appartenenti al clero e persone esperte in varie forme di terapia». Così un libro divulgativo di vent'anni fa (Marshall, 1994, p. 189).

Il linguaggio diagnostico contemporaneo

Questo rapido profilo storico ha permesso una delimitazione concettuale della locuzione *linguaggio diagnostico*, un costrutto recente [v. cap. 1 – n.d.a.] che finora non aveva incontrato alcun tentativo di sistematizzazione. D'altra parte, perché parlare di parole soltanto? In realtà, tale argomento è rilevante per la Pedagogia della Comunicazione, poiché interessa aspetti delicati come le pratiche relazionali e il bisogno di visibilità sociale. Il linguaggio diagnostico, conferendo un senso di alta competenza tecnico-scientifica, costituisce un tema specifico per l'approccio sociolinguistico orientato allo studio delle varietà di prestigio e del "parlare difficile" (Berruto, 2012, p. 103), e si spiega con il suo correlativo, la deferenza: «Il fenomeno della *deferenza semantica* è assolutamente reale: tutti siamo pronti a riconoscere che alcuni parlanti sono più competenti di noi su questa o quella parola o famiglia di parole» (Marconi, 1997, p. 108).

Se apriamo qualcuno di quei manuali, volumoni o volumetti che siano, e iniziamo un'analisi del testo, troviamo molte traduzioni in "diagnostichese" di situazioni più o meno comuni. Esempio di stringa diagnostica: *Difficoltà di gestione della casa (lieve, moderata, grave, potenziale, cronica)*; ad essa segue una "definizione", un elenco di "caratteristiche specifiche" e una lista di "fattori eziologici o correlati" (Alvaro e Brancato, 2008, p. 180). Entità nosologica per badanti e assistenti domiciliari attribuibile all'intera popolazione dei single (nella variante "potenziale", perlomeno). La descrizione delle amenità in linguaggio diagnostico occuperebbe

però una monografia, così invitiamo il Lettore a metterci il naso direttamente e a compilare una sua personale classifica.

Conclusioni

Storicamente il linguaggio diagnostico è figlio della medicina, ma oggi non la riguarda in modo diretto. Le radici storiche della riflessione sul linguaggio diagnostico stanno invece nella cosiddetta "antipsichiatria", un movimento libertario costantemente attento nel porre differenza tra ciò che chiamiamo *malattie*, in quanto «lesioni anatomiche o fisiologiche dimostrabili» (Szasz, 1974, p. 16), e ciò che chiamiamo *diagnosi*, in quanto «nomi», «costruzioni sociali» (ibidem). La fortuna di questo movimento è dovuta alle originali argomentazioni critiche relative alla metodologia della psichiatria, come nel seguente frammento: «Non è certo un caso che in tutta la letteratura psichiatrica non si trovi nessun accenno a voci che comandino allo schizofrenico di essere particolarmente gentile con la moglie. Questo perché essere gentili con la propria moglie non è il tipo di comportamento cui vogliamo dare una spiegazione causale (psichiatrica)» (ivi, p. 26). L'approccio antipsichiatrico ha però una visione parziale, inglobandosi di fatto nel filone letterario della critica al *DSM*, spesso connotata ideologicamente.

Una corretta rappresentazione del linguaggio diagnostico è dunque irriducibile a quell'approccio, poiché esige il rispetto di due avvertenze metodologiche di base: *a*) va considerata la *totalità dei manuali* presenti sul mercato – riduttivamente interpretabili in quanto varietà autoparodistica del linguaggio medico; *b*) va tenuto conto della *eterogeneità dei fruitori* – esplicita o implicita.

Sinteticamente, dal punto di vista filosofico, il linguaggio diagnostico può essere concettualizzato come «catalogo preciso pieno di entità vaghe» (Varzi, 2001, p. 149), o come

processo culturale tendente alla costruzione di una «mappa del paese su scala un chilometro per chilometro» (Carroll, 1893, p. 291) a cui nulla sfugge: un totalitarismo linguistico *in fieri*, che pure assegnerebbe una diagnosi allo strano caso di chi è molto gentile con la propria moglie. Il fenomeno così descritto, data la sua pervasività, uscirebbe allora dal campo medico-pedagogico e andrebbe a investire le scienze umane nel loro complesso.

Note Bibliografiche

Abbagnano N. (1993), *Storia della filosofia: volume terzo*, Torino, Utet, 2003.

Alvaro R. e Brancato T. (a cura di) (2008), *Manuale delle diagnosi infermieristiche*, Napoli, EdiSes.

Andreoli V., Cassano G.B. e Rossi R. (a cura di) (2001), *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Elsevier Masson, 2009.

Antiseri D. (2007), *Epistemologia contemporanea e logica della diagnosi clinica*. In R. Ghirardi (a cura di), *Come ragionano i medici*, atti del convegno di San Benedetto Po, 27 ottobre 2007, Mantova, Sometti, 2008, pp. 23-51.

Battaglia G. (a cura di) (1995), *Dizionario enciclopedico di medicina, nursing e scienze associate*, Milano, Ambrosiana.

Berruto G. (2012), *Sociolinguistica dell'italiano contemporaneo*, Roma, Carocci.

Cagli V. (2007), *La crisi della diagnosi. Cosa è mutato nel concetto e nelle procedure della diagnosi medica*, Roma, Armando.

Carroll L. [Dodgson C.] (1893), *Sylvie e Bruno*, Milano, Garzanti, 1996.

Dall'Ara P. e Cocilovo A. (a cura di) (2005), *Dizionario enciclopedico di medicina veterinaria: inglese italiano/italiano inglese*, Milano, Le Point Vétérinaire Italie.

Doliana C. (2011), *La distribuzione sociale del linguaggio diagnostico e le sue conseguenze. Studio quantitativo sui titoli dei libri in commercio*, "Tutor", vol. 11, n. 2-3, pp. 38-47.

Federspil G. (2010), *Diagnosi*. In A. Pagnini (a cura di), *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica, diritto*, Roma, Carocci, pp. 277-290.

Federspil G. e Scandellari C. (2003), *Medicina scientifica e medicina alternativa*. In D. Antiseri, G. Federspil e C.

Scandellari, *Epistemologia, clinica medica e la "questione" delle medicine "eretiche"*, Catanzaro, Rubbettino, pp. 129-187.

Federspil G., Giaretta P. e Moriggi S. (a cura di) (2008), *Filosofia della medicina*, Milano, Raffaello Cortina.

Federspil G., Giaretta P. e Oprandi N. (2010), *Salute e malattia*. In A. Pagnini (a cura di), *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica, diritto*, Roma, Carocci, pp. 51-79.

Foucault M. (1972), *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Torino, Einaudi, 1998.

Gatti M. et al. (2007), *Dizionario enciclopedico geografico 2008*, Milano, Mondadori.

Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia (1916), *Decreto Luogotenenziale n. 631 concernente l'adozione per l'Italia dell'anticipo dell'ora legale*, Roma, 27 maggio 1916, n. 125.

Grmek M.D. (1993), *Il concetto di malattia*. In M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. 1: Antichità e Medioevo*, Roma-Bari, Laterza, pp. 323-347.

Grmek M.D. (1996), *Il concetto di malattia*. In M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. 2: dal Rinascimento all'inizio dell'Ottocento*, Roma-Bari, Laterza, pp. 259-289.

Grmek M.D. (1998), *Il concetto di malattia*. In M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. 3: dall'età romantica alla medicina moderna*, Roma-Bari, Laterza, pp. 221-253.

James P.J. (2011), *"A catalog of distempers": Linnaeus' "bridge too far"?*, "The Linnean", vol. 27, n. 2, pp. 15-27.

Lingiardi V. e Del Corno F. (a cura di) (2008), *PDM. Manuale diagnostico psicodinamico*, Milano, Raffaello Cortina.

Lojacono E. (a cura di) (1994), *Opere filosofiche di René Descartes: volume primo*, Torino, Utet.

Marconi D. (1997), *La competenza lessicale*, Roma-Bari, Laterza, 1999.

Marshall J.R. (1994), *La paura degli altri. Dalla timidezza agli attacchi di panico*, Milano, Longanesi, 1995.
Michler M. e Premuda L. (a cura di) (1967), *Giovanni Battista Morgagni. Sitz und Ursachen der Krankheiten, aufgespürt durch die Kunst der Anatomie*, Bern, Huber.
Morgagni J.B. (1761), *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis, libri quinque*, Venetiis, Remondiniana; trad. it. *Delle sedi e cause delle malattie anatomicamente investigate da Gio. B. Morgagni, libri cinque*, a cura di P. Maggesi, Milano, Rusconi, 1823-1829.
Scandellari C. (2010), *La metodologia in medicina*. In A. Pagnini (a cura di), *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica, diritto*, Roma, Carocci, pp. 221-254.
Schroeder J. (1759), *Genera morborum*. In C. Linné, *Amoenitates academicae*, vol. 6, Holmiae, Laurentii Salvii, 1763, pp. 452-486.
Sterpellone L. (1998), *Storia della medicina*, Milano, San Paolo.
Szasz T.S. (1974), *Il mito della malattia mentale*, Milano, Spirali, 2003.
Vannini V. (2007), *Guida allo studio della patologia generale*, Pavia, La Goliardica Pavese.
Vanoli M. (a cura di) (2007), *Dizionario di medicina moderna*, Milano, McGraw-Hill.
Varzi A.C. (2001), *Parole, oggetti, eventi e altri argomenti di metafisica*, Roma, Carocci, 2012.

Conclusione

I saggi contenuti in questo volumetto costituiscono un materiale variamente suggestivo, dal quale potranno prendere avvio le più varie ricerche in Pedagogia della Comunicazione; ma la *teoria* del linguaggio diagnostico, così come presentata nel primo capitolo, può dirsi definitiva. Di seguito indichiamo alcuni suoi punti qualificanti, quelli che potranno distinguerla, perlomeno, dai tanti contributi critici in tema di ossessione per la salute.

Innanzitutto la teoria del linguaggio diagnostico non sviluppa una critica attorno alla "medicalizzazione della società", fenomeno reale e forse irrisolvibile. Su questo argomento esiste già una vasta bibliografia, alla quale naturalmente abbiamo attinto anche noi. Invece la teoria del linguaggio diagnostico può dare un contributo di chiarificazione su singoli aspetti di quel fenomeno: ancora adesso, per esempio, molti testi che si occupano di "disease mongering" sembrano ignorare la differenza tra diagnosi e oggetto di diagnosi, tendendo a confondere la parola con la cosa.

La polemica attorno alla salute non può interessarci, ma crediamo che un po' di linguistica generale e di filosofia del linguaggio dovrebbero far parte del patrimonio culturale di qualunque autore "critico": perciò questi saggi, in misura molto varia, potranno essere utilizzati anche come piccola guida contro le brutte figure pubbliche.

L'ultimo capitolo dovremmo considerarlo particolarmente prezioso, poiché non solo afferma ma, in qualche modo, dimostra che c'è differenza tra ciò che accade e le parole per dire (o per non dire) ciò che accade. Infatti, le curve della "vaghezza dell'oggetto di diagnosi" e della "proliferazione del linguaggio diagnostico" nel corso del tempo non

hanno mai avuto un rapporto costante tra loro, bensì a mo' di "U barrata", e questa è una scoperta vera, cioè una descrizione originale che mostra due differenti dimensioni non sovrapponibili: quella fattuale e quella simbolica – in questo senso, lo sviluppo del nostro argomento specifico ha servito inintenzionalmente per fini di conoscenza più generali.

La teoria del linguaggio diagnostico non si occupa di salute: si occupa di comunicazione. Si prende a cuore le troppe persone che cadono vittime di linguaggi supponenti, e per questo motivo vivono male e fanno vivere male. Ma non vuole essere una teoria sofisticata, per addetti, per pochi: non vuole porsi, in modo autocontraddittorio, come un ulteriore elemento di complessificazione del reale. È una teoria leggera, rivolta a lettori curiosi, di qualsiasi ambito di studio e di lavoro, e pone al centro le *parole* viste secondo un approccio che potremmo chiamare "realismo frivolo", in opposizione a qualsiasi tentazione di serietà fuori luogo.

Bibliografia generale

Abbagnano N. (1961), *Entità*. In G. Fornero (a cura di), *Dizionario di filosofia di Nicola Abbagnano*, Torino, Utet, 2001, p. 371.

Abbagnano N. (1993), *Storia della filosofia: volume terzo*, Torino, Utet, 2003.

Agamben G. (2002), *L'aperto. L'uomo e l'animale*, Torino, Bollati Boringhieri.

Allbutt C. (1922), *The training of the medical student*, "British Medical Journal", 2 settembre 1922, pp. 407-409.

Alvaro R. e Brancato T. (a cura di) (2008), *Manuale delle diagnosi infermieristiche*, Napoli, EdiSes.

Andreoli V., Cassano G.B. e Rossi R. (a cura di) (1983), *DSM-III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson.

Andreoli V., Cassano G.B. e Rossi R. (a cura di) (1988), *DSM-III-R. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson, 1990.

Andreoli V., Cassano G.B. e Rossi R. (a cura di) (1995), *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson, 1996.

Andreoli V., Cassano G.B. e Rossi R. (a cura di) (2001), *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Elsevier Masson, 2009.

Andreoli V., Cassano G.B. e Rossi R. (a cura di) (2002), *Mini DSM-IV-TR. Criteri diagnostici*, Milano, Elsevier Masson, 2007.

Antiseri D. (2003), *Il verdetto della "Grande Vienna": "La psicoanalisi è un interpretare sfrenato"*. In D. Antiseri, G. Federspil e C. Scandellari, *Epistemologia, clinica medica e la "questione" delle medicine "eretiche"*, Catanzaro, Rubbettino, pp. 49-87.

Antiseri D. (2007), *Epistemologia contemporanea e logica della diagnosi clinica*. In R. Ghirardi (a cura di), *Come ragionano i medici*, atti del convegno di San Benedetto Po, 27 ottobre 2007, Mantova, Sometti, 2008, pp. 23-51.

Antiseri D. (2008), *Prefazione*. In F.A. von Hayek, *L'abuso della ragione*, Catanzaro, Rubbettino, pp. 5-20.

Antiseri D. e Cagli V. (2008), *Dialogo sulla diagnosi. Un filosofo e un medico a confronto*, Roma, Armando.

Antonelli G. e Chiummo C. (2008), *Premessa*. In G. Antonelli e C. Chiummo (a cura di), *Nominativi fritti e mappamondi. Il "nonsense" nella letteratura italiana*, atti del convegno di Cassino, 9-10 ottobre 2007, Roma, Salerno Editrice, 2009, pp. 7-8.

Barbetta P. (a cura di) (2003), *Le radici culturali della diagnosi*, Roma, Meltemi.

Barthes R. (1957), *Miti d'oggi*, Torino, Einaudi, 1994.

Barthes R. (1959), *Appendice*. In R. Barthes, *Miti d'oggi*, Torino, Einaudi, 1994, pp. 239-271.

Battaglia G. (a cura di) (1995), *Dizionario enciclopedico di medicina, nursing e scienze associate*, Milano, Ambrosiana.

Battaglia S. (1966), *Grande dizionario della lingua italiana*, vol. 4, Torino, Utet.

Bauman Z. (1999), *La società dell'incertezza*, Bologna, Il Mulino.

Beck U. (1999), *Ritorno alla società del rischio. Teoria, politica, critiche e programmi di ricerca*. In U. Beck, *La società del rischio. Verso una seconda modernità*, Roma, Carocci, 2000, pp. 325-347.

Benni S. (1987), *Il bar sotto il mare*, Milano, Feltrinelli.

Benni S. (1997), *Bar Sport Duemila*, Milano, Feltrinelli.

Benni S. (2003), *Achille piè veloce*, Milano, Feltrinelli.

Benveduti P. (1939), *Diagnosi precoce delle infezioni microbiche della carta*, "Bollettino del R. Istituto di patologia del libro", vol. 1, n. 3, pp. 153-154.

Benveniste E. (1966), *Problemi di linguistica generale*, Milano, Il Saggiatore, 1994.
Berger P. e Luckmann T. (1966), *La realtà come costruzione sociale*, Bologna, Il Mulino, 1997.
Bernardini C. (1995), *Linguaggi per la divulgazione della fisica*. In S. Valusso e S. Cerrato (a cura di), *Astrofisica e particelle elementari*, Napoli, Cuen, pp. 104-120.
Berruto G. (2012), *Sociolinguistica dell'italiano contemporaneo*, Roma, Carocci.
Berthoud E. e Elderkin S. (2013), *Curarsi con i libri. Rimedi letterari per ogni malanno*, Palermo, Sellerio.
Biblioteca Nazionale Centrale di Firenze (a cura di) (2009), *Classificazione Decimale Dewey e Indice relativo. Edizione 22*, Roma, Associazione Italiana Biblioteche.
Biondi M. e Maj M. (a cura di) (2014), *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Raffaello Cortina.
Blech J. (2003), *Gli inventori delle malattie. Come ci hanno convinti di essere malati*, Torino, Lindau, 2006.
Bobbio M. (2010), *Il malato immaginato. I rischi di una medicina senza limiti*, Torino, Einaudi.
Boella L. (2004), *Come preservare il desiderio di pensare*. In H. Blumenberg, *Concetti in storie*, Milano, Medusa, pp. 7-20.
Bonfantini M. (a cura di) (1953), *François Rabelais. Gargantua e Pantagruele*, Torino, Einaudi, 1993.
Bonfantini M.A. e Macciò M. (1973), *Materialismo contro idealismo soggettivo*. In M.A. Bonfantini, *L'esistenza della realtà*, Milano, Bompiani, 1976, pp. 197-215.
Bonfantini M.A., Bramati J. e Zingale S. (2007), *Sussidiario di semiotica, in dieci lezioni e duecento immagini*, Milano, ATì.
Borges J.L. (1940), *Tlön, Uqbar, Orbis Tertius*. In J.L. Borges, *Finzioni*, Torino, Einaudi, 1995, pp. 7-22.
Borges J.L. (1960a), *L'artefice*, Milano, Rizzoli, 1963.

Borges J.L. (1960b), *Altre inquisizioni*, Milano, Feltrinelli, 2009.
Borsese A. e Parrachino I. (2015), *Sulla valutazione della comprensibilità dei testi scolastici*, "Orientamenti Pedagogici", vol. 62, n. 2, pp. 399-407.
Cabré M.T., Estopà R. e Lorente M. (2011), *Ideología y diccionarios especializados*. In F. San Vicente, C. Garriga e H.E. Lombardini (a cura di), *Ideolex. Estudios de lexicografía e ideología*, Monza, Polimetrica, pp. 103-121.
Cagli V. (2007), *La crisi della diagnosi. Cosa è mutato nel concetto e nelle procedure della diagnosi medica*, Roma, Armando.
Calamandrei C. (a cura di) (2008), *NANDA-I. Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazione 2007-2008*, Milano, Ambrosiana.
Calasso R. (1992), *Una muraglia cinese*. In K. Kraus, *Detti e contraddetti*, Milano, Adelphi, 2002, pp. 9-68.
Calvino I. (1965), *L'antilingua*. In I. Calvino, *Una pietra sopra. Discorsi di letteratura e società*, Milano, Mondadori, 2002, pp. 150-155.
Calvino I. (1983), *Mondo scritto e mondo non scritto*. In I. Calvino, *Mondo scritto e mondo non scritto*, Milano, Mondadori, 2002, pp. 104-114.
Calvino I. (1988), *Lezioni americane. Sei proposte per il prossimo millennio*, Milano, Garzanti.
Capararo M. (2003), *Il discorso medico sulla diagnosi*. In P. Barbetta (a cura di), *Le radici culturali della diagnosi*, Roma, Meltemi, 2005, pp. 50-76.
Carcano G. (1834), *Scritti vari di Pietro Verri*, vol. 2, Firenze, Le Monnier.
Cardona G.R. (1988), *Dizionario di linguistica*, Roma, Armando.
Carducci G. (1883), *Confessioni e battaglie*, Bologna, Zanichelli, 1890.
Carroll L. [Dodgson C.] (1893), *Sylvie e Bruno*, Milano, Garzanti, 1996.

Chen Y.F. (2002), *Chinese classification of mental disorders (CCMD-3): towards integration in international classification*, "Psychopathology", vol. 35, n. 2-3, pp. 171-175.
Chiaretti G. (2013), *Svolgimenti*. In L. Balbo (a cura di), *Imparare sbagliare vivere. Storie di lifelong learning*, Milano, Franco Angeli, pp. 43-55.
Chiosso G. (1997), *Novecento pedagogico. Profilo delle teorie educative contemporanee*, Brescia, La Scuola.
Corbellini G. (1996), *Diagnosi*. In G. Cosmacini, G. Gaudenzi e R. Satolli (a cura di), *Dizionario di storia della salute*, Torino, Einaudi, pp. 154-157.
Cortelazzo M. e Zolli P. (1999), *DELI. Dizionario Etimologico della Lingua Italiana*, Bologna, Zanichelli.
Cortelazzo M. e Tuzzi A. (2008), *Metodi statistici applicati all'italiano*, Bologna, Zanichelli.
Crisafulli E. (2004), *Igiene verbale. Il politicamente corretto e la libertà linguistica*, Firenze, Vallecchi.
Crookshank F.G. (1923), *L'importanza di una teoria dei segni e di una critica del linguaggio nello studio della medicina*. In C.K. Ogden e I.A. Richards, *Il significato del significato. Studio dell'influsso del linguaggio sul pensiero e della scienza del simbolismo*, Milano, Il Saggiatore, 1966, pp. 384-404.
Dall'Ara P. e Cocilovo A. (a cura di) (2005), *Dizionario enciclopedico di medicina veterinaria: inglese italiano/italiano inglese*, Milano, Le Point Vétérinaire Italie.
Debord G. (1967), *La società dello spettacolo*, Viterbo, Massari, 2008.
Diana R. (2014), *Tutti gli alunni sono "speciali". Il disimpegno della comunità educante ai tempi dei BES*, "Conflitti", vol. 13, n. 1, pp. 10-12.
Di Michele S. (2004), *Prefazione*. In E. Crisafulli, *Igiene verbale. Il politicamente corretto e la libertà linguistica*, Firenze, Vallecchi, pp. 5-9.

Doliana C. (2010), *Il pedagogista e l'educazione terapeutica: tra rinuncia al modello medico e rifiuto degli approcci magici*, "Professione Pedagogista", vol. 14-15, n. 34-35, pp. 26-34.
Doliana C. (2011), *La distribuzione sociale del linguaggio diagnostico e le sue conseguenze. Studio quantitativo sui titoli dei libri in commercio*, "Tutor", vol. 11, n. 2-3, pp. 38-47.
Doliana C. (2015), *La vaghezza dell'oggetto di diagnosi e la proliferazione del linguaggio diagnostico. Sviluppo storico*, "Tutor", vol. 15, n. 2, pp. 29-36.
Droste M. (1990), *Bauhaus: 1919-1933*, Colonia, Taschen, 2010.
Eco U. (1988), *The meaning of "The meaning of meaning"*. In C.K. Ogden e I.A. Richards, *The meaning of meaning. A study of the influence of language upon thought and of the science of symbolism*, New York, Harcourt Brace Jovanovich, 1989, pp. v-xi.
Eco U. (1992), *Il secondo diario minimo*, Milano, Bompiani.
Eco U. (1993), *La ricerca della lingua perfetta nella cultura europea*, Roma-Bari, Laterza, 2008.
Falcone A. (2005), *Diagnosi clinica. Teoria e metodo*, Roma, Borla.
Federspil G. (2010), *Diagnosi*. In A. Pagnini (a cura di), *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica, diritto*, Roma, Carocci, pp. 277-290.
Federspil G. e Scandellari C. (2003), *Medicina scientifica e medicina alternativa*. In D. Antiseri, G. Federspil e C. Scandellari, *Epistemologia, clinica medica e la "questione" delle medicine "eretiche"*, Catanzaro, Rubbettino, pp. 129-187.
Federspil G., Giaretta P. e Moriggi S. (a cura di) (2008), *Filosofia della medicina*, Milano, Raffaello Cortina.
Federspil G., Giaretta P. e Oprandi N. (2010), *Salute e malattia*. In A. Pagnini (a cura di), *Filosofia della medicina.*

Epistemologia, ontologia, etica, diritto, Roma, Carocci, pp. 51-79.

Ferraresi A., Gaiani R. e Manfredini M. (2004), *Educazione terapeutica. Metodologia e applicazioni*, Roma, Carocci.

Foucault M. (1966), *Le parole e le cose. Un'archeologia delle scienze umane*, Milano, Rizzoli, 2009.

Foucault M. (1972), *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Torino, Einaudi, 1998.

Frances A. (2013), *Primo, non curare chi è normale. Contro l'invenzione delle malattie*, Torino, Bollati Boringhieri.

Frankl V.E. (1952), *Alla ricerca di un significato della vita. Per una psicoterapia riumanizzata*, Milano, Mursia, 1990.

Frankl V.E. (1975), *Teoria e terapia delle nevrosi*, Brescia, Morcelliana, 2001.

Gabriel E. (2002), *Commentary on prospects for a more integrated international system of psychiatric classification and diagnosis*, "Psychopathology", vol. 35, n. 2-3, pp. 197-198.

Gallo A. (1935), *Le malattie del libro. Le cure ed i restauri*, Bologna, Forni, 2011.

Gatti M. et al. (2007), *Dizionario enciclopedico geografico 2008*, Milano, Mondadori.

Gatto Trocchi C. (1993), *Viaggio nella magia. La cultura esoterica nell'Italia di oggi*, Roma-Bari, Laterza, 1996.

Gatto Trocchi C. (2001), *Affare magia. Ricerca su magia ed esoterismo in Italia*, Brescia, Queriniana.

Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia (1916), *Decreto Luogotenenziale n. 631 concernente l'adozione per l'Italia dell'anticipo dell'ora legale*, Roma, 27 maggio 1916, n. 125.

Giannini C. (2010), *Dizionario del restauro. Tecniche, diagnostica, conservazione*, Firenze, Nardini.

Giuliano L. e La Rocca G. (2008), *L'analisi automatica e semi-automatica dei dati testuali. 1: software e istruzioni per l'uso*, Milano, LED, 2010.

Goussot A. (2015), *I rischi di medicalizzazione nella scuola:*

paradigma clinico-terapeutico o pedagogico?, "Educazione Democratica", vol. 5, n. 9, pp. 15-47.
Grmek M.D. (1993), *Il concetto di malattia*. In M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. 1: Antichità e Medioevo*, Roma-Bari, Laterza, pp. 323-347.
Grmek M.D. (1996), *Il concetto di malattia*. In M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. 2: dal Rinascimento all'inizio dell'Ottocento*, Roma-Bari, Laterza, pp. 259-289.
Grmek M.D. (1998), *Il concetto di malattia*. In M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale. 3: dall'età romantica alla medicina moderna*, Roma-Bari, Laterza, pp. 221-253.
Hillman J. (1979), *Il mito dell'analisi*, Milano, Adelphi.
Illich I. (1976), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Milano, Bruno Mondadori, 2004.
Illich I. (1977), *Professioni disabilitanti*. In I. Illich et al., *Esperti di troppo. Il paradosso delle professioni disabilitanti*, Trento, Erickson, 2008, pp. 27-49.
Ingraham A. (1903), *Swain school lectures*, Chicago, The open court publishing company; London, Kegan Paul, Trench, Trübner & co.
Intravaia S. (2012), *L'Italia che va a scuola*, Roma-Bari, Laterza.
James P.J. (2011), *"A catalog of distempers": Linnaeus' "bridge too far"?*, "The Linnean", vol. 27, n. 2, pp. 15-27.
Jervis G. (2001), *Psicologia dinamica*, Bologna, Il Mulino.
Klemperer V. (1947), *LTI: la lingua del Terzo Reich. Taccuino di un filologo*, Firenze, Giuntina, 2008.
La Torre M. (2005), *Le parole che contano. Proposte di analisi testuale automatizzata*, Milano, Franco Angeli.
Latouche S. (2012), *Usa e getta. Le follie dell'obsolescenza programmata*, Torino, Bollati Boringhieri, 2013.
Lauretano B. (1968), *Le "oscure sciarade" di Richards*, "Giornale critico della filosofia italiana", vol. 47, pp. 595-622.

Leonardi M. (a cura di) (2002), *ICF. Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*, Trento, Erickson.

Lévi-Strauss C. (1950), *Introduzione all'opera di Marcel Mauss*. In M. Mauss, *Teoria generale della magia e altri saggi*, Torino, Einaudi, 2000, pp. xv-liv.

Lingiardi V. e Del Corno F. (a cura di) (2008), *PDM. Manuale diagnostico psicodinamico*, Milano, Raffaello Cortina.

Lingiardi V. e McWilliams N. (a cura di) (2018), *PDM-2. Manuale diagnostico psicodinamico*, Milano, Raffaello Cortina.

Lista G. (a cura di) (2012), *Fortunato Depero. Ricostruire e meccanizzare l'universo*, Milano, Abscondita.

Lojacono E. (a cura di) (1994), *Opere filosofiche di René Descartes: volume primo*, Torino, Utet.

Longobardi F. (2012), *Evidenze lessicali in medicina: aspetti semantici e lessicografici*. In S. Ferreri (a cura di), *Lessico e lessicologia*, atti del xliv congresso internazionale di studi della Società di Linguistica Italiana (SLI), Viterbo, 27-29 settembre 2010, Roma, Bulzoni, pp. 231-239.

Lucchini A. (a cura di) (2008), *Il linguaggio della salute*, Milano, Sperling & Kupfer.

Lunari L. (a cura di) (1976), *Molière. Il malato immaginario*, Milano, Rizzoli, 2007.

Madoz V. (2001), *10 parole chiave sulle paure dell'uomo moderno*, Città del Vaticano, Libreria Editrice Vaticana.

Magli I. (2004), *Gesù di Nazaret. La storia che nessuno conosce*, Milano, Rizzoli, 2016.

Marchi C. (1984), *Impariamo l'italiano*, Milano, Rizzoli, 2013.

Marconi D. (1997), *La competenza lessicale*, Roma-Bari, Laterza, 1999.

Marshall J.R. (1994), *La paura degli altri. Dalla timidezza agli attacchi di panico*, Milano, Longanesi, 1995.

Mason L. (2001), *Verità e certezze. Natura e sviluppo delle epistemologie ingenue*, Roma, Carocci.

Massariello Merzagora G. (1982), *La lessicografia*, Bologna, Zanichelli.

Michler M. e Premuda L. (a cura di) (1967), *Giovanni Battista Morgagni. Sitz und Ursachen der Krankheiten, aufgespürt durch die Kunst der Anatomie*, Bern, Huber.

Migliorini B. (1946), *Che cos'è un vocabolario?*, Roma, Edizioni della Bussola.

Ministero della Sanità (a cura di) (2001), *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione*, 3 voll., Roma, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato.

Ministero per i Beni e le Attività Culturali (a cura di) (2001), *Il Museo dell'Istituto centrale di patologia del libro*, Roma, Istituto centrale di patologia del libro.

Mises et al. (2002), *French classification for child and adolescent mental disorders*, "Psychopathology", vol. 35, n. 2-3, pp. 176-180.

Morgagni J.B. (1761), *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis, libri quinque*, Venetiis, Remondiniana; trad. it. *Delle sedi e cause delle malattie anatomicamente investigate da Gio. B. Morgagni, libri cinque*, a cura di P. Maggesi, Milano, Rusconi, 1823-1829.

Mortara Garavelli B. (1988), *Manuale di retorica*, Milano, Bompiani, 2012.

Mosso A. (1884), *La paura*, Milano, F.lli Treves.

Muratori F. e Maestro S. (a cura di) (2008), *CD:0-3R. Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia*, Roma, Giovanni Fioriti.

Murri A. (1908), *Lezioni di clinica medica, edite ed inedite, date nella R. Università di Bologna negli anni scolastici 1905-06 e 1906-07*, Milano, Società Editrice Libraria.

Nardone G. e Salvini A. (a cura di) (2013), *Dizionario internazionale di psicoterapia*, Milano, Garzanti.

Nomdedeu Rull A. (2011), *Las voces malsonantes*. In F. San Vicente, C. Garriga e H.E. Lombardini (a cura di), *Ideolex. Estudios de lexicografía e ideología*, Monza, Polimetrica, pp. 167-182.
Novara D. (2017), *I bambini non sono malati, sono bambini*, "Conflitti", vol. 16, n. 2, pp. 14-20.
Ogden C.K. e Richards I.A. (1923), *The meaning of meaning. A study of the influence of language upon thought and of the science of symbolism*, London, Kegan Paul, Trench, Trubner & co.; New York, Harcourt, Brace & company; trad. it. effettuata sulla 8^ edizione inglese, London, Routledge & Kegan Paul, *Il significato del significato. Studio dell'influsso del linguaggio sul pensiero e della scienza del simbolismo*, a cura di L. Pavolini, Milano, Il Saggiatore, 1966.
Olivieri D. (1998), *Fondamenti di statistica*, Padova, Cedam, 2002.
Orwell G. [Blair E.A.] (1949), *I princìpi della neolingua*. In G. Orwell, *1984*, Milano, Mondadori, 1983, pp. 329-342.
Otero-Ojeda A.A. (2002), *Third cuban glossary of psychiatry (GC-3): key features and contributions*, "Psychopathology", vol. 35, n. 2-3, pp. 181-184.
Pacucci M. (2005), *Dizionario dell'educazione*, Bologna, EDB.
Palmieri C. e Prada G. (2005), *Introduzione*. In C. Palmieri e G. Prada (a cura di), *La diagnosi educativa. La questione della conoscenza del soggetto nelle pratiche pedagogiche*, Milano, Franco Angeli, pp. 9-15.
Pardini A. (2008), *Le perversioni del buro-sanitese*. In A. Lucchini (a cura di), *Il linguaggio della salute*, Milano, Sperling & Kupfer, pp. 319-322.
Pasqualotto L. (2008), *La formazione continua in sanità*. In C. Girelli (a cura di), *Processi e metodologie formative. Teoria e applicazioni nella scuola, nella sanità, nell'industria,*

nel turismo e nel terzo settore, Trento, Erickson, pp. 223-231.
Penco G. (1969), *La classificazione dei peccati capitali in alcuni testi ascetici del secolo* XII, “Rivista di storia e letteratura religiosa”, vol. 5, n. 1, pp. 134-139.
Perniola M. (2009), *Miracoli e traumi della comunicazione*, Torino, Einaudi.
Pettinelli L. (2005), *Quando “mangiar sano” diventa un’ossessione*, “Intimità”, 20 ottobre 2005, pp. 80-81.
Piano M.G. (2006), *Nel contesto globalizzato: lavoro, formazione e imprese femminili*. In A.M. Piussi (a cura di), *Paesaggi e figure della formazione nella creazione sociale*, Roma, Carocci, pp. 43-59.
Ponzio G. (1906), *Diagnosi e rimedi in un caso di cattivo funzionamento di una trasmissione per ruote dentate*, “Il Politecnico. Giornale dell’ingegnere architetto civile ed industriale”, vol. 54, n. 4, pp. 177-186.
Quine W.V. (1960), *Parola e oggetto*, Milano, Il Saggiatore, 2008.
Rigon L.A. (2012), *NANDA international. Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazione 2012-2014. Allegati all’edizione italiana*, Milano, Ambrosiana.
Rigon L.A. (a cura di) (2015), *NANDA international. Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazione 2015-2017*, Milano, Ambrosiana.
Romains J. [Farigoule L.] (1924), *Knock o il trionfo della medicina*, Macerata, Liberilibri, 2007.
Rossi G. (2002), *Statistica descrittiva per psicologi*, Roma, Carocci.
Rothenberg R.E. (1986), *Enciclopedia della medicina*, Milano, Garzanti, 1998.
Saramago J. (1997), *Tutti i nomi*, Milano, Feltrinelli, 2010.
Saramago J. (2010), *La parola Speranza*. In M. Giaveri, C. Macconi e M. Rosi (a cura di), *Parole di libertà*, Milano, SE, pp. 17-20.

Sartori G. (1999), *Homo videns. Televisione e post-pensiero*, Roma-Bari, Laterza, 2011.
Scandellari C. (2010), *La metodologia in medicina*. In A. Pagnini (a cura di), *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica, diritto*, Roma, Carocci, pp. 221-254.
Schroeder J. (1759), *Genera morborum*. In C. Linné, *Amoenitates academicae*, vol. 6, Holmiae, Laurentii Salvii, 1763, pp. 452-486.
Sciolla L. (1997), *Presentazione*. In P. Berger e T. Luckmann, *La realtà come costruzione sociale*, Bologna, Il Mulino, pp. VII-XV.
Semeraro A. (2007), *Pedagogia e comunicazione. Paradigmi e intersezioni*, Roma, Carocci.
Serianni L. (2005), *Un treno di sintomi. I medici e le parole: percorsi linguistici nel passato e nel presente*, Milano, Garzanti.
Serianni L. (2016), *Parola*, Bologna, Il Mulino.
Serianni L., Castelvecchi A. e Patota G. (1997), *Italiano*, Milano, Garzanti, 2012.
Serrai A. (1977), *Le classificazioni. Idee e materiali per una teoria e per una storia*, Firenze, Olschki.
Severgnini B. (2007), *L'italiano. Lezioni semiserie*, Milano, Rizzoli.
Skrabanek P. e McCormick J. (1989), *Follie e inganni della medicina*, Venezia, Marsilio, 2002.
Stassi F. (2013), *Il libro dei rimedi e il rimedio dei libri*. In E. Berthoud e S. Elderkin, *Curarsi con i libri. Rimedi letterari per ogni malanno*, Palermo, Sellerio, pp. 7-11.
Sterpellone L. (1998), *Storia della medicina*, Milano, San Paolo.
Szasz T.S. (1974), *Il mito della malattia mentale*, Milano, Spirali, 2003.
Tenore M. (1806), *Corso delle botaniche lezioni. Trattato di fitognosia, tomo primo: vocabolario metodico, ed alfabetico di botanica tecnologia*, Napoli, Orsiniana.

Tommaseo N. e Bellini B. (1869), *Nuovo dizionario della lingua italiana*, vol. 2, Torino, Utet.

Vannini V. (2007), *Guida allo studio della patologia generale*, Pavia, La Goliardica Pavese.

Vanoli M. (a cura di) (2007), *Dizionario di medicina moderna*, Milano, McGraw-Hill.

Varzi A.C. (2001), *Parole, oggetti, eventi e altri argomenti di metafisica*, Roma, Carocci, 2012.

Vassalli S. (1989), *Il Neoitaliano. Le parole degli anni Ottanta*, Bologna, Zanichelli.

Veglia M. (a cura di) (2003), *Augusto Murri. Il cammino del vero: lezioni di clinica medica*, Roma, Carocci.

Watzlawick P. (1977), *Il linguaggio del cambiamento. Elementi di comunicazione terapeutica*, Milano, Feltrinelli, 2007.

Wulff H.R., Andur Pedersen S. e Rosenberg R. (1990), *Filosofia della medicina*, Milano, Raffaello Cortina, 1995.

Zagrebelsky G. (2010), *Sulla lingua del tempo presente*, Torino, Einaudi.

Zola I.K. (1977), *Medici disabilitanti*. In I. Illich et al., *Esperti di troppo. Il paradosso delle professioni disabilitanti*, Trento, Erickson, 2008, pp. 51-72.

Indice

Tutti noi siamo in contatto col mondo della diagnosi. Anche se godiamo di buona salute conosciamo il nostro medico di base e frequentiamo diversi altri specialisti, i quali parlano un linguaggio settoriale, il linguaggio medico. Ma esiste un altro campo d'indagine di rilevanza sociolinguistica, e di grande interesse per la pedagogia della comunicazione: il *linguaggio diagnostico*. Col XXI secolo questo stile di comunicazione professionale ha cominciato a coinvolgere una gamma sempre più vasta di lavoratori e di lavoratrici, qualificandosi come linguaggio multisettoriale con caratteristiche comuni, prima fra tutte la sua pervasività. Le diagnosi contenute nei tanti manuali di classificazione si possono ormai contare a centinaia, e sono in continuo aumento. In particolare l'ambito psico-pedagogico, ovvero il mondo della scuola e dei servizi sociali, è diventato il più fertile terreno di conquista per la comunicazione in stile clinico. I saggi contenuti in questo libro, destinati a un pubblico curioso, sono preziosi strumenti per interrogarsi sulle strane realtà che si nascondono sotto le formulazioni diagnostiche, così da sapersi sottrarre al loro potere di soggezione.

Claudio Doliana, pedagogista ANPE, si occupa di Pedagogia della Comunicazione. Dopo la laurea magistrale in Scienze dell'Educazione – Università degli Studi di Verona – ha iniziato un percorso di dottorato presso l'Università Pontificia Salesiana di Roma, durante il quale ha pubblicato alcune ricerche in tema di comunicazione diagnostica, tra cui: *Il pedagogista e l'educazione terapeutica: tra rinuncia al modello medico e rifiuto degli approcci magici* ("Professione Pedagogista", La Rondine, 2010); *La vaghezza dell'oggetto di diagnosi e la proliferazione del linguaggio diagnostico. Sviluppo storico* ("Tutor", Firenze University Press, 2015).

€ 15,00 (i.i.)

ISBN 978-88-3335-040-0

9 788833 350400